

PREVENTIEF GENEESKUNDIG  
ONDERZOEK IN DE  
HUISARTSENPRACTIJK

EEN ONDERZOEK  
MET BEHULP VAN EEN SCHRIFTELIJKE ANAMNESE

J. J. BERGSMA



RECEPTIE NA AFLOOP VAN DE PROMOTIE  
IN HET AULA-GEBOUW  
VAN DE KATHOLIEKE UNIVERSITEIT  
WILHELMINASINGEL 13, NIJMEGEN

J. J. BERGSMAN

Rozenbos 6, De Steeg (Gld.)





**PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK  
IN DE HUISARTSENPRACTIJK**

**PROMOTOR: PROF. DR. A. TH. L. M. MERTENS**

# PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK IN DE HUISARTSENPRACTIJK

EEN ONDERZOEK MET BEHULP VAN EEN SCHRIFTELIJKE ANAMNESE

(PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATION IN GENERAL PRACTICE  
BASED UPON A MAILED QUESTIONNAIRE)

WITH A SUMMARY

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN  
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE  
AAN DE KATHOLIEKE UNIVERSITEIT TE NIJMEGEN  
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS DR. S. J. GEERTS  
HOGLERAAR IN DE FACULTEITEN DER GENEESKUNDE EN DER  
WISKUNDE EN NATUURWETENSCHAPPEN  
VOLGENS HET BESLUIT VAN DE SENAAT  
IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP VRIJDAG 20 MEI 1966  
DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

JURRIT JELLE BERGSMA  
*geboren te Hoorn*

DEKKER & VAN DE VEGT N.V. NIJMEGEN-UTRECHT

N.V. BOEKDRUKKERIJ F. E. MAC DONALD, NIJMEGEN

*Aan mijn ouders*

*Aan ons gezin*

© 1966 by Dekker & van de Vegt n.v., Nijmegen.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

# INHOUD

INLEIDING. . . . .	1
I. ALGEMENE ASPECTEN	
§ 1. VERSCHILLENDE VORMEN VAN PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK . . . . .	6
§ 2. DE HUISARTS EN DE SECUNDAIRE PREVENTIEVE GENEESKUNDE	10
II. UITGANGSPUNTEN VAN HET ONDERZOEK	
§ 1. ACHTERGROND EN OPZET VAN HET ONDERZOEK . . . . .	21
§ 2. ERVARINGEN MET EEN SCHRIFTELIJKE ANAMNESE ELDERS . .	28
§ 3. SAMENSTELLING VAN HET BIJ HET ONDERZOEK GEBRUIKTE ANAMNESEFORMULIER . . . . .	31
III. ORGANISATIE VAN HET ONDERZOEK	
§ 1. ENKELE PRAKTIJKGEGEVENS . . . . .	36
§ 2. UITVOERING VAN HET ONDERZOEK . . . . .	37
IV. RESULTATEN VAN DE SCHRIFTELIJKE ANAMNESE	
§ 1. DEELNEMING AAN HET ONDERZOEK . . . . .	43
§ 2. RESULTATEN VAN HET UITWERKEN DER GEGEVENS VAN HET ANAMNESEFORMULIER . . . . .	46
1. <i>Sociale gegevens</i> . . . . .	47
1.1. Geslacht, woonplaats en al dan niet verzekerd zijn . .	47
1.2. Beroep . . . . .	48
1.2.1. Beroep en frequentie van medische contacten . .	49
1.3. Burgerlijke staat . . . . .	49



1.4. Kerkgenootschap . . . . .	50
1.4.1. Kerkgenootschap en steun van godsdienstige overtuiging . . . . .	50
2. <i>Medische gegevens behalve de klachten</i> . . . . .	50
2.1. Vroegere ziekten. . . . .	51
2.2. Ziekten van bloedverwanten . . . . .	53
2.3. Jeugdbeleving. . . . .	54
2.4. Inenting . . . . .	54
2.5. Overgevoeligheid . . . . .	54
2.6. Het bezit en gebruik van corrigerende hulpmiddelen	55
2.7. Rookgewoonte. . . . .	56
2.8. Gewicht en voeding . . . . .	57
2.9. Medische contacten . . . . .	58
2.10. Röntgenologisch thorax-onderzoek . . . . .	60
2.11. Het intreden van de menopauze . . . . .	60
2.12. De grootte van het ouderlijk gezin en het eigen rang- nummer . . . . .	61
2.13. Operaties . . . . .	61
3. <i>Klachten</i> . . . . .	62
Inleiding . . . . .	62
3.1. Verdeling van het totale aantal klachten naar geslacht en leeftijdsklasse. . . . .	63
3.2. Verdeling van het aantal lichamelijke en psycho-sociale klachten naar geslacht en leeftijd . . . . .	65
3.3. Verhouding van het aantal klachten tussen verzekerden en particulieren . . . . .	66
3.4. Samenhang tussen de aard van het beroep en het aantal klachten . . . . .	67
3.5. Relatie tussen jeugdbeleving en het aantal klachten . .	68
3.6. Relatie tussen de frequentie van de medische contacten en het aantal klachten . . . . .	68
3.7. Samenhang tussen psychische spanningen en het aantal klachten . . . . .	70
3.8. Aard der klachten . . . . .	71
3.8.1. Ogen. . . . .	86
3.8.2. Oren. . . . .	86
3.8.3. Neus. . . . .	87
3.8.4. Keel- en mondholte . . . . .	87
3.8.5. Algemene klachten. . . . .	87
3.8.6. Hart en bloedvaten . . . . .	89

3.8.7. Luchtwegen . . . . .	90
3.8.8. Maag-darmkanaal . . . . .	91
3.8.9. Bewegingsapparaat . . . . .	92
3.8.10. Zenuwstelsel . . . . .	93
3.8.11. Psyche . . . . .	93
3.8.12. Urogenitaalstelsel . . . . .	94
3.8.13. Samenvatting . . . . .	95

## V. SELECTIE VOOR LICHAMELIJK ONDERZOEK . . . . 98

## VI. RESULTATEN VAN HET LICHAMELIJKE ONDERZOEK

### § 1. GEVONDEN AFWIJKINGEN. . . . . 103

Inleiding . . . . .	103
1. Ogen . . . . .	108
2. Oren. . . . .	109
3. Neus. . . . .	110
4. Larynx, pharynx, tonsillen, mond en gebit . . . . .	110
4. Hals. . . . .	111
6. Hart. . . . .	112
7. Bloedsomloop. . . . .	114
8. Luchtwegen . . . . .	115
9. Maag-darmstelsel en buikwand . . . . .	116
10. Huid en hoofdhaar . . . . .	117
11. Lymfeklieren . . . . .	118
12. Bewegingsapparaat . . . . .	118
13. Zenuwstelsel . . . . .	120
14. Urogenitaalstelsel . . . . .	122
15. Mammae . . . . .	124
16. Bezinkingssnelheid . . . . .	124
17. Haemoglobinegehalte volgens Sicca . . . . .	125
18. Bloeddruk . . . . .	126
19. Gewicht . . . . .	126
20. Glucosurie . . . . .	127
21. Emotionele stoornissen. . . . .	128

### § 2. SAMENVATTENDE GEGEVENS OVER DE GEVONDEN AFWIJKINGEN 131

1. Verdeling der gevonden afwijkingen over de onderzochte personen . . . . .	131
2. Onbekende afwijkingen. . . . .	132
3. Behandelde afwijkingen . . . . .	133
4. Verwijzingen . . . . .	134
5. Nut van het lichamelijke onderzoek voor vroege diagnostiek	135

§ 3. NABESPREKING VAN ENKELE FREQUENT GEVONDEN AFWIJ- KINGEN . . . . .	138
§ 4. DE SCHRIFTELIJKE ANAMNESE ALS LEIDRAAD VOOR PREVEN- TIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK . . . . .	141
1. <i>Samenhang tussen klachten en afwijkingen</i> . . . . .	141
2. <i>Gebreken van het gebruikte anamneseformulier</i> . . . . .	144

## VII. NA-ONDERZOEK

§ 1. INDRUKKEN OVER DE GEZONDHEID VAN DE DEELNEMERS EEN JAAR NA HET EINDE VAN HET ONDERZOEK . . . . .	146
Inleiding . . . . .	146
1. <i>Niet onderzochte personen</i> . . . . .	148
1.1. Niet onderzochte mannen . . . . .	148
1.2. Niet onderzochte vrouwen . . . . .	149
1.3. Conclusie over de selectie . . . . .	150
2. <i>Onderzochte personen</i> . . . . .	151
2.1. Onderzochte mannen . . . . .	151
2.2. Onderzochte vrouwen . . . . .	153
§ 2. REACTIES DER ONDERZOCHE DEELNEMERS OP HET ONDERZOEK	154

## VIII. CONCLUSIES

§ 1. MOGELIJKHEDEN VAN PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDER- ZOEK IN DE HUISARTSENPRACTIJK OP GROND VAN DE OPGE- DANE ERVARINGEN . . . . .	158
§ 2. DE INVLOED VAN PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK EN HET GEBRUIK VAN EEN ANAMNESEFORMULIER OP DE PRACTIJKVOERING VAN DE HUISARTS . . . . .	166

IX. SAMENVATTING . . . . .	169
----------------------------	-----

SUMMARY . . . . .	176
-------------------	-----

BIJLAGEN . . . . .	183
--------------------	-----

LITERATUUR . . . . .	193
----------------------	-----

## INLEIDING

Er bestaat ogenschijnlijk een zekere tegenstrijdigheid tussen de vlucht, die de geneeskunde in de na-oorlogse jaren genomen heeft en de stijging van het ziekteverzuim (DE GROOT, 1965). Het is zeer waarschijnlijk, dat deze discongruentie voor het grootste deel veroorzaakt wordt door niet-medische factoren als het lage werkeloosheidscijfer en wettelijke regelingen van ziekgelduitkeringen (ENTERLINE, 1964).

De verbetering van de gezondheidstoestand, zoals deze tot uiting komt in een objectief aantoonbare stijging van de gemiddelde leeftijdsverwachting, zou zich ook subjectief kunnen openbaren in een stijging van het individuele gevoel van gezond zijn en als gevolg daarvan in een daling van de behoefte aan medische hulp. Ook hier is echter veeleer sprake van een stijging dan van een daling. Zo toonde RUHE (1957) aan, dat het gemiddelde aantal consulten per persoon in zijn praktijk in 1954 bijna verdrievoudigd was vergeleken met dat in 1938, terwijl het aantal visites niet gedaald was. Deze toename geldt ook voor personen, die niet verplicht zijn bij ziekteverzuim de arts te raadplegen, zoals dit in veel grotere mate voor mannen dan voor vrouwen geldt: in alle nederlandse praktijkonderzoeken blijkt het percentage mannen, dat de arts langer dan een jaar niet consulteert, groter te zijn dan het overeenkomstige percentage vrouwen (BUMA, 1950; JANSSEN-EMMER, 1958; BRENKMAN, 1963).

Het is aannemelijk, dat deze toename van behoefte aan medische hulp, althans voor een deel, het gevolg is van het groeiende aantal mogelijkheden, dat de huisarts en de achter hem staande specialisten bij verschillende aandoeningen te bieden hebben. Daarnaast heeft het sociale beleid in ons land voor het grootste deel van de bevolking de financiële barrière tegen een medisch consult weggenomen. Ook spelen de veranderingen in de maatschappelijke verhoudingen, waardoor de afstand tussen hulpzoeker en hulpverlener kleiner is geworden, mogelijk een rol. De snelheid, waarmee deze veranderingen zich voltrekken, kan eveneens een grote invloed hebben op de gezondheid van de mens (JORES, 1960) en daarmee op de behoefte aan medische hulp.

Toch zou het niet juist zijn als de medicus van vandaag deze invloeden als enige en afdoende verklaring voor een toegenomen 'medische consumptie' aanneemt. Hij dient telkens weer de hand in eigen boezem te steken en zich af te vragen of hij de toegenomen kennis op de meest kundige wijze in toepassing brengt. BALINT (1957) spreekt in dit verband over een discongruentie tussen het 'aanbod' van de patiënt en het 'antwoord' van de arts. Hiermee bedoelt hij, dat de reactie van de arts dikwijls niet is aangepast aan de behoefte van de patiënt.

Onder de *reactie* van de arts dient dan verstaan te worden iedere medische handeling of houding, die voortvloeit uit een op initiatief van de patiënt begonnen ontmoeting tussen hem en de arts.

Naast het probleem van het adaequaat zijn van zijn reacties doet zich, speciaal voor de huisarts, de vraag voor of reactie alléén voldoende is. Hij is de enige arts, die een vaste categorie personen onder zijn zorg heeft, met wie hij zowel in ziekte als gezondheid contact heeft. Verzorgt hij deze categorie voldoende, indien hij zich beperkt tot door hen gevraagde 'reacties'? Of dient hij tot *actie* over te gaan en contact op te nemen zonder dat deze personen er om vragen, b.v. voor een regelmatig preventief geneeskundig onderzoek van die categorie personen, waarvoor dit nog niet is georganiseerd? (LAHR, 1957; VAN DEN DOOL, 1960; TEN CATE, 1965).

VAN DER WIELEN (1960) constateerde, dat in ons land de huisarts met een gemiddelde praktijkgrootte (2500 personen) voortdurend in tijdnood verkeert.

BREMER (1964) vermeldt, dat er in Nederland zowel in 1890 als in 1962 één huisarts op 2520 inwoners was. In 1964 is er zelfs een absolute vermindering van het aantal (ziekenfonds-)praktijken vastgesteld (Jaarverslag Ziekenfondsraad 1964).

Beziet men deze daling tegen de achtergrond van een steeds intensiever wordende medische en sociale verzorging, dan ziet het er naar uit, dat de huisarts in de toekomst in toenemende mate met werk belast zal worden. De aanstaande huisartsen groeien echter op in een tijd, waarin de vijfdaagse werkweek en de achturige werkdag als norm gelden. Daardoor zal het voor hen, zowel lichamelijk als geestelijk, steeds moeilijker worden om extra-normale werkzaamheden, zoals preventief geneeskundig onderzoek van volwassenen, op zich te nemen.

Wanneer thans experimentele onderzoeken verricht worden, die als doel hebben om na te gaan of de huisarts door systematisch preventief geneeskundig onderzoek een wezenlijke verbetering van zijn huidige, voornamelijk curatieve, verzorging kan bereiken, dan moet met deze tijdsfactor rekening worden gehouden. Het algemeen invoeren van deze werkwijze zal

pas kunnen slagen, als door deze onderzoeken aangetoond wordt dat de energie, die er aan besteed wordt, een verlichting van de curatieve taak van de huisarts ten gevolge heeft. Deze verlichting zou zich zowel kunnen uiten in tijdsbesparing als in een stijging van zijn arbeidsvreugde.

Tot dusverre is er met twee methoden geëxperimenteerd, die de huisarts kan toepassen bij preventief geneeskundig onderzoek: of een op één of enkele afwijkingen gericht onderzoek bij een betrekkelijk groot aantal personen, of een algemeen onderzoek bij een relatief gering aantal personen.

Deze studie is het verslag van de resultaten van een werkwijze, die als een combinatie van beide methoden gezien kan worden: door middel van een gericht onderzoek, i.c. naar de (schriftelijke) auto-anamnese van een groot aantal personen, wordt een algemeen onderzoek gedaan bij een kleiner aantal, dat op grond van deze anamnese is geselecteerd.

De vraag rijst of men nog kan spreken over preventieve geneeskunde, wanneer men zijn onderzoek baseert op reeds bestaande verschijnselen, zoals die in de anamnese te voorschijn komen. Het antwoord wordt gevonden in de overweging, dat de grens tussen de curatieve en preventieve geneeskunde bepaald wordt door de plaats, die de te onderzoeken persoon bij het contact met de arts inneemt. In de curatieve geneeskunde vindt de medische ontmoeting plaats op initiatief van de *patiënt*, d.w.z. iemand, die zich eigener beweging om hulp tot een arts wendt. Gaat het initiatief echter van de arts uit, en wendt deze zich tot personen, die zich gezond voelen of zich met hun eventuele klachten niet tot een arts wenden, dan kan niet van patiënten gesproken worden. De persoon, die zich in geval van ziekte tot een bepaalde huisarts pleegt te wenden, kan men de *cliënt* van deze huisarts noemen. Wanneer de huisarts zich tot zijn cliënten wendt met het doel bemoeienis te krijgen met hun huidige of toekomstige gezondheidstoestand, bedrijft hij preventieve geneeskunde.

Ofschoon een zich gezond gevoelende persoon in het dagelijks spraakgebruik zich 'patiënt van dokter X' noemt en dokter X deze persoon eveneens als 'zijn patiënt' pleegt te betitelen, leek het mij wenselijk om in deze studie, ter voorkoming van begripsverwarring, zoveel mogelijk het onderscheid tussen cliënt en patiënt te handhaven.

In de loop van het onderzoek, dat een jaar duurde, werd het mij steeds duidelijker, dat de waarde van een preventief geneeskundig onderzoek slechts voor een gedeelte lag in het vinden van min of meer ernstige lichamelijke afwijkingen bij mijn cliënten. Daarnaast werd mijn oordeel evenzeer bepaald door de verdieping van het inzicht in de cliënt en de bevrediging voortvloeiend uit de meer 'integrale' benadering. Deze verminderten mijn onbehagen over dikwijls gejaagde en oppervlakkige curatieve contacten. Dit aspect is echter niet steeds in maat en getal uit te

drukken. Ik heb getracht om naast het verzamelde feitenmateriaal af en toe iets van deze sfeer weer te geven.

Ter bescherming van het beroepsgeheim was het noodzakelijk de beschrijving van sociale of persoonlijke gegevens van enkele deelnemers zodanig te wijzigen, dat zij niet meer herkenbaar zouden zijn.

In deze studie is afgezien van een uitgebreid literatuuroverzicht over preventieve geneeskundige onderzoeken. Sedert meer dan honderd jaar zijn hierover talloze publicaties verschenen. Een kort historisch overzicht lijkt mij echter wel op zijn plaats.

HORACE DOBELL (Engeland) gaf als eerste in 1861 uiting aan de wenselijkheid van een algemeen lichamelijk onderzoek van de gehele bevolking als een vorm van geneeskundige verzorging. In 1902 werd door BARÈS (Frankrijk) de aandacht gevestigd op het wetenschappelijk aspect van preventief geneeskundig onderzoek, door de nadruk te leggen op de veelheid aan kennis, die te verwachten was uit de analyse der verrichte waarnemingen. In 1914 beschreef GOLDWATER (Verenigde Staten) hoe met dergelijke onderzoeken niet alleen ziekten kunnen worden voorkómen, maar hoe daarbij ook de gezondheid bevorderd kan worden door voorlichting en adviezen. Sinds die tijd zijn, vooral in de Verenigde Staten, regelmatig publicaties verschenen over de resultaten van preventieve geneeskundige onderzoeken. ROBERTS (1959) vermeldt, dat Fisk en Crawford, die in 1927 een boek uitgaven over hun twintigjarige ervaring op dit gebied, reeds toen een literatuurlijst van meer dan acht pagina's aan dit boek konden toevoegen.

In ons land zijn de laatste jaren enkele publicaties verschenen over preventieve geneeskundige onderzoeken o.a. van VAN DER HEIDE (1959), VAN DEN DOOL (1960) en MULDER (1962), welke voorzien zijn van een uitgebreid literatuuroverzicht. De door mij vermelde literatuur omvat voornamelijk vier gebieden:

- a. publicaties over de plaats van de Nederlandse huisarts in de preventieve gezondheidszorg
- b. publicaties over ervaringen van huisartsen met preventief geneeskundig onderzoek van hun eigen volwassen cliënten
- c. publicaties over ervaringen met een schriftelijke anamnese
- d. publicaties, waarvan de inhoud relevant is voor bepaalde bevindingen van mijn onderzoek.

De vraagstellingen van mijn onderzoek waren:

1. Wat zijn de mogelijkheden en praktische aspecten van een algemeen preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts als onderdeel van zijn normale praktijkvoering?



2. Welke invloed hebben een algemeen lichamenlijk onderzoek en een schriftelijke anamnese op de praktijkvoering van de huisarts?

3. Welke ervaringen levert het selecteren voor een algemeen lichamenlijk onderzoek door middel van een schriftelijke anamnese op?

Het onderzoek is gedaan bij een bepaalde leeftijdscategorie van cliënten uit één praktijk. Ten gevolge van dit geselecteerde karakter zijn de conclusies, die uit dit onderzoek getrokken konden worden, noodzakelijk beperkt tot deze categorie zelf. Bepaalde uitkomsten van dit onderzoek mogen dan ook hoogstens als hypothesevormend voor regionale of landelijke onderzoeken gezien worden.

De verzamelde gegevens zijn door mij gecodeerd en vervolgens geheel belangeloos mechanisch bewerkt bij het ALGEMEEN ZIEKENFONDS 'ARNHEM EN OMSTREKEN'. Zonder deze medewerking zou dit werk niet tot stand zijn gekomen en ik ben Directie en Bestuur van dit fonds dan ook zeer veel dank verschuldigd.

Ook mej. A. M. KANTERS en mej. M. DE VRIES, die in het Instituut voor Wiskundige Dienstverlening van de Katholieke Universiteit te Nijmegen, onder leiding van DRS. Ph. VAN ELTEREN, de statistische bewerkingen hebben uitgevoerd, ben ik zeer dankbaar. Deze dankbaarheid geldt ook DRS. J. M. G. PERSOON, die mij o. m. bij de sociologische aspecten van dit onderzoek heeft geholpen.

Bij de statistische bewerking van de gegevens is toetsing van een aantal minder belangrijke of moeilijk te toetsen conclusies achterwege gelaten. Bij deze gevallen zijn termen, die gewoonlijk in conclusies van statistische toetsen worden gebruikt (zoals significant, statistisch aantoonbaar), vermeden. Indien bij statistische toetsresultaten de gebruikte toets niet is vermeld, is dit steeds de chi-kwadraattoets voor een  $2 \times 2$ - of  $2 \times k$ -tabel geweest (zie bv. C. L. Rumke en C. van Eeden, *Statistiek voor Medici*, Stafleu, Leiden (1961) pp. 74-78 resp. 90-93). Zonodig is bij de  $2 \times 2$ -tabel gebruik gemaakt van de exacte vorm van deze toets of van een benadering met behulp van de binomiale verdeling, berustend op C. van Eeden en J. Th. Runenburg, *Conditional limit theorems for entries in a  $2 \times 2$ -table*, *Statistica Neerlandica* 14 (1960) p. 111.

Verder is, met vermelding, gebruik gemaakt van de volgende toetsen

Toets van Van Eeden of toets tegen verloop van kansen in een  $2 \times k$ -tabel (zie Rumke - Van Eeden (1961) pp. 87-90)

Tekentoets (zie idem, pp. 51-53)

Toets van Wilcoxon voor twee steekproeven (zie idem pp. 60-66)

Toets van Kruskal-Wallis, (idem pp. 83-87)

Bovendien is gebruik gemaakt van een methode voor combinatie van onafhankelijke toetsresultaten, beschreven in Rumke - Van Eeden (1961) pp. 98-108

Voor de afsluiting van deze studie werd financiële steun verkregen van de stichting „De Drie Lichten”

## HOOFDSTUK I

### ALGEMENE ASPECTEN

#### § 1. VERSCHILLENDE VORMEN VAN PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK

De arts, aan wiens zorgen de individuele mens zich heeft toevertrouwd, kan in verschillende fasen van gezondheid met deze mens in aanraking komen, alvorens deze zich op eigen initiatief als patiënt tot hem wendt.

A. In de eerste plaats kan dit gebeuren, als het individu 'werkelijk' gezond is (zie B). Dit betekent, dat er geen factoren aanwezig zijn, die de volledige handhaving en ontplooiing van de lichamelijke en psycho-sociale potenties als mens en medemens verhinderen of zullen gaan verhinderen.

De medische bemoeienis heeft hier als doel de bestaande gezondheid te handhaven door voor de toekomst zo gunstig mogelijke voorwaarden te scheppen. Zij bestaat uit voorlichting en verhoging van de lichamelijke weerstand door inenting tegen mogelijke toekomstige infectieziekten. Dit gebeurt b.v. op de consultatiebureaux voor zuigelingen en kleuters; door de schoolartsendiensten en in de bedrijfsgeneeskunde; in de laatste o.m. door het individu en de werkomstandigheden aan elkaar aan te passen. Men noemt dit *primaire* preventieve geneeskunde.

B. Wat betreft de fase, waarin het individu drager is van een (nog) onmerkbare en onaantoonbare aandoening, kan de geneeskunde niets anders doen, dan het veld van deze fase zoveel mogelijk verkleinen door uitbreiding en verfijning van haar opsporingsmogelijkheden. Het bestaan van dit stadium bij verschillende aandoeningen is overigens de oorzaak, dat wij nooit het recht hebben iemand 'werkelijk' gezond te verklaren, maar ons zullen moeten beperken tot het vaststellen van afwezigheid van door de medicus te constateren aandoeningen.

C. Vervolgens kan er zich een stadium voordoen, waarin het individu geen klachten heeft, maar de arts wel behandelbare aandoeningen kan ontdekken. De geneeskundige bemoeienis kan hier slechts tot stand komen door systematisch bevolkingsonderzoek, aangezien alle subjectief gezonde personen in dit stadium kunnen verkeren. De medische taak is hier het vervroegen van het tijdstip van de diagnose, eventueel gevolgd door een vervroegde therapie.

D. Een volgend stadium kan zijn, dat het individu wel verschijnselen heeft, maar deze (nog) niet zodanig interpreteert, dat hij er uit zich zelf mee naar een arts gaat. WEYEL (1961) noemt dit de pre-medische phase.

Ofschoon in ons land dikwijls door huisartsen gesproken wordt over een zogenaamde overconsumptie, blijkt bij algemene onderzoekingen van bevolkingsgroepen, zowel in een grote stad als Amsterdam (VAN DER HEIDE, 1959) als in een betrekkelijk geïsoleerd dorp als Stolwijk (VAN DEN DOOL, 1960), dat er vaak veeleer sprake is van onderconsumptie. De zwelgers van de medische schotels dreigen de huisarts de lijders aan een medische anorexie over het hoofd te doen zien.

Nu zou het schadelijk voor de volksgezondheid zijn als de cliënt met ieder verschijnsel naar zijn huisarts zou gaan. Dit zou immers een zodanig zware belasting voor hem betekenen, dat hij tenslotte door het bos de bomen niet meer zou zien. Daartegenover is het echter vaak voor de betrokkene zelf onmogelijk om de ernst van bepaalde verschijnselen te beoordelen.

De lengte van de tijd, die verstrijkt tussen het opmerken van een verschijnsel en het gaan naar een arts, wordt niet bepaald door rationele, maar door emotionele overwegingen, waarbij de psychische gesteldheid van de patiënt of de meningen van zijn milieu een grote rol spelen. De kans bestaat dat de aandoening, die de oorzaak van het verschijnsel is, pas zo laat door een deskundige beoordeeld en behandeld kan worden, dat daardoor de mogelijkheden van herstel, zowel wat betreft tempo als wat betreft volledigheid, minder zijn geworden.

Dit voorkómen van onnodig tijdverlies is hierdoor een factor, die de aandacht van de arts behoeft. Zijn enige mogelijkheid in deze situatie is zich tot zijn cliënten te wenden, om na te gaan of zij klachten of verschijnselen hebben, die medische hulp nodig of wenselijk maken. De eenvoudigste manier om dit zonder veel eigen tijdverlies te doen is het versturen van een vragenformulier, dat na invullen een overzichtelijke indruk geeft van deze klachten of verschijnselen. Deze procedure heb ik in het door mij verrichte onderzoek gevolgd.

C en D vallen beide onder de zogenaamde *secundaire* preventieve geneeskunde, waaronder men verstaat de geneeskunde, die door vervroeging van de diagnostiek en therapie van tot dan onbehandelde aandoeningen, de toestand van optimale lichamelijke en geestelijke gezondheid sneller, vollediger en blijvender tracht te bereiken of te handhaven.

Tenslotte wordt door sommigen ook gesproken over *tertiaire* preventieve geneeskunde, waaronder verstaan wordt het voorkómen van vermijdbare blijvende invaliditeit. Deze tertiaire preventie, die nauw samenhangt met het begrip revalidatie, is in zoverre onvergelykbaar met de primaire en secundaire preventie, dat zij – behalve bij aangeboren afwijkingen – meestal

in werking treedt tijdens of na een curatief contact, en derhalve meer aangrijpt op patiënten dan op cliënten.

HORNSTRA (1951) wees er op, dat het in onze taal ontbreken van een aequivalent van het in andere Europese landen gebruikelijke woord: *Medicine*, *Médecin*, *Medizin*, soms leidt tot uitdrukkingen, die taalkundig allerminst fraai genoemd kunnen worden: 'curatieve geneeskunde' (genezende geneeskunde) is een pleonasme, terwijl 'preventieve geneeskunde' een zich tegensprekende uitdrukking is (voorkómmende genees-kunde).

Secundaire preventie kan gericht zijn op het vinden van bepaalde aandoeningen (*gerichte* onderzoeken). Bevolkingsonderzoek naar röntgenologisch aantoonbare intrathoracale afwijkingen, onderzoeken naar het vóórkomen van diabetes mellitus (MULDER, 1962), naar afwijkingen van urine, gewicht, bloeddruk en haemoglobinegehalte (VAN DEN DOOL, 1960) zijn hier voorbeelden van. In 1965 is, eveneens in de praktijk van VAN DEN DOOL, te Stolwijk een gericht onderzoek naar cardiale en pulmonaire aandoeningen gedaan bij 2200 personen. Dit laatste onderzoek, dat o.m. het maken van een electrocardiogram met 13 afleidingen bij personen boven 30 jaar, een röntgenologisch thorax-onderzoek en een onderzoek naar de vitale capaciteit van de longen inhield, werd in teamverband uitgevoerd. Ook in bedrijven, waar het risico voor bepaalde aandoeningen hoger is dan elders, worden dergelijke gerichte onderzoeken verricht. Een systematisch gericht onderzoek kan ook plaats vinden bij geselecteerde patiënten: zo beschrijft STOLTE (1954) een routine-onderzoek, dat door een aantal internisten gedurende enige tijd bij al hun vrouwelijke patiënten verricht is naar afwijkingen van de mammae.

Een dergelijk gericht onderzoek wordt naar Amerikaans voorbeeld soms *monophasic* of *multiple screening* genoemd, al naar gelang één of meer bepalingen verricht worden.

*Algemene* of *ongerichte* secundaire preventieve onderzoeken zijn niet gericht op bepaalde afwijkingen, doch zijn bedoeld om allerlei onbekende of onbehandelde aandoeningen vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Beide vormen van secundair preventief geneeskundig onderzoek kunnen *incidenteel* of *periodiek* uitgevoerd worden.

De grootte van het interval bij een periodiek secundair preventief geneeskundig onderzoek wordt bij het gerichte onderzoek afgestemd op de aard van de aandoening die men bestrijden wil. Zo blijkt b.v. een interval van een jaar in ons land voldoende te zijn om een aandoening als besmettelijke longtuberculose te beheersen.

Het interval bij algemene (ongerichte) onderzoeken, waarbij in principe aandacht is voor alle aandoeningen, zou theoretisch afgestemd moeten zijn op de snelst verlopende, constateerbare en behandelbare van deze

aandoeningen, maar wordt praktisch bepaald door technische, economische en psychologische uitvoeringsmogelijkheden.

Een der uitgangspunten van de secundaire preventieve geneeskunde is de verwachting, dat vroege diagnostiek tot verbetering leidt van de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand, nu of in de toekomst. Het is wegens dit uitgangspunt, dat de ongerichte vorm van deze geneeskunde in landen met een zo goede gezondheidstoestand als de West-Europese, een omstreden gebied is.

Het is immers duidelijk, dat met het stijgen van de gemiddelde gezondheidstoestand het aantal aandoeningen, dat men zal vinden, zal dalen en de aard der bevindingen zal verschuiven in de richting van niet of nog slechts gedeeltelijk behandelbare aandoeningen. Vanuit therapeutisch standpunt maakt dit het nuttig effect van dergelijke onderzoeken nogal twijfelachtig. Dit verklaart, waarom DOBELL (Engeland) 100 jaar geleden bij een veel lager gezondheidsniveau, van mening kon zijn, dat 'there should be instituted, as a custom, a system of periodical examination, to which all persons should submit themselves, and to which they should submit their children', terwijl thans, in ons land, gezaghebbende stemmen opgaan, dat wij de verantwoordelijkheid voor ongerichte onderzoeken, die tot doel hebben de gezondheidstoestand te verbeteren, niet kunnen dragen resp. dat deze nog niet nodig en vermoedelijk ongewenst zijn (QUERIDO, 1958; DE LANGEN, 1957). De negatieve invloed van bijwerkingen als onnodige ongerustheid, valse geruststelling en pathologische belangstelling voor de gezondheid zou groter kunnen zijn dan de positieve invloed van het vroegtijdig vinden van behandelbare aandoeningen.

Voor bepaalde aandoeningen echter, die thans, zowel door het dalen in frequentie van andere, als door hun eigen absolute stijging, meer in de belangstelling van arts en leek komen, zoals gezwelziekten, was een expert als WASSINK (1946) van oordeel, dat algemeen (de aandoening kan in alle organen voorkomen) periodiek onderzoek een onmisbaar middel is om te komen tot betere uitkomsten in de bestrijding. De ongerichtheid van het onderzoek voorkomt daarbij tevens de psychologische druk, die het onderzoeken op 'kanker' teweeg zou kunnen brengen.

Een essentieel onderscheid tussen de preventieve en curatieve geneeskunde is gelegen in het verschil in de positie van de te onderzoeken persoon. In de curatieve sfeer komt deze tot de arts na een door hem zelf genomen besluit zich onder behandeling te stellen. Hij heeft vrijwillig de rol van 'patiënt' op zich genomen, al dan niet na beïnvloeding door zijn milieu. En ofschoon de arts er persoonlijk verantwoordelijk voor blijft, *hoe* er behandeld wordt, de verantwoordelijkheid, *dat* er behandeld wordt, ligt bij beiden.

In de preventieve geneeskunde gaat de activiteit voor het contact uit van de arts. De te onderzoeken persoon geeft door zijn bereidheid tot deelneming aan een onderzoek te kennen, dat hij zich bewust is, dat bij hem misschien een onbekende aandoening gevonden zal worden. Dit houdt echter niet in, dat hij – in tegenstelling tot de 'patiënt', die hier meestal om verzoekt – hiervoor ook behandeld wenst te worden. Vooral in de preventieve geneeskunde past de 'horizontale relatie' waarbij arts en cliënt gelijkwaardige participanten zijn in een tijdelijk partnership (JOSTEN, 1965).

Wil men in de preventieve geneeskunde medisch-ethisch verantwoord handelen, dan dient er tussen diagnostiek en therapie, welke in de curatieve geneeskunde als regel direct op elkaar volgen, een tussenphase ingevoegd te worden, waarbij tussen arts en onderzochte een gesprek plaats vindt. In dit gesprek heeft de arts de taak voorlichting te geven over door hem gevonden afwijkingen en de therapeutische mogelijkheden. De onderzochte dient pas daarna te beslissen of hij 'patiënt' wil worden. Daarbij heeft de arts de moeilijke taak om, ook als dit achteraf niet het geval blijkt te zijn, deze voorlichting zo te brengen, dat de onderzochte er geestelijk geen of zo weinig mogelijk nadeel van ondervindt. Gaat de arts aan deze noodzakelijke voorwaarde voorbij, dan tast hij ongewild en goed bedoeld vanuit een zekere 'furor therapeuticus', de geestelijke vrijheid van de onderzochte aan. Dit is alleen dan verantwoord, wanneer het niet-ingrijpen in diens gezondheidstoestand een bedreiging vormt voor hem zelf of zijn milieu. En ook dan blijven er nog vraagtekens. Want wat is bedreiging? Komt een, bij niet behandelen, te verwachten ziekte of invaliditeit ook werkelijk? En als zij optreedt, is zij dan steeds een bedreiging voor het gezin van de onderzochte? Indien ergens, dan is het wel in de preventieve sfeer, dat de arts waken moet voor overmoed (DE FROE, 1964).

Ook zal er voor gezorgd moeten worden, dat het nemen van maatregelen, die tot doel hebben een bepaalde somatische aandoening te genezen of in zijn uitwerking te belemmeren, als neveneffect geen of een zo gering mogelijke vermindering van het geestelijk of sociaal welbevinden ten gevolge heeft.

Het is voornamelijk om deze redenen, dat men in ons land steeds meer tot de overtuiging komt, dat een preventief geneeskundig onderzoek in handen hoort van die arts, die het best in staat is al deze aspecten te overzien en zijn adviezen aan te passen aan de geestelijke structuur van de te onderzoeken persoon en diens milieu: de huisarts.

## § 2. DE HUISARTS EN DE SECUNDAIRE PREVENTIEVE GENEESKUNDE

Het is waarschijnlijk tekenend voor de plaats van de Amerikaanse huisarts, dat in de Verenigde Staten, het land, dat de grootste producent is van

verslagen over preventieve geneeskundige onderzoeken, zo weinig geschreven is over de positie, die hij hierbij in moet nemen. Ook in de meer beschouwende artikelen komt de huisarts meestal alleen ter sprake als verwerker van door anderen gevonden gegevens. Hiertegenover staan de publicaties in Nederland, waarin juist dikwijls de nadruk valt op de huisarts als meest geschikte uitvoerder van preventief geneeskundig onderzoek. In 1957 verscheen het Rapport van de 'Commissie ter bestudering van het vraagstuk der toekomstige status van de geneeskundige verzorging der nieuw te vormen polders' ingesteld door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (rapporteur HORNSTRA). Dit rapport gaat uit van de gedachtengang van TUNTLER (1953), dat men in deze polders dient te streven naar 'een innige band tussen wetenschap en praktijk, tussen voorbehoeding en behandeling van ziekten, tussen gezondheidszorg en geestelijk leven'. De commissie sprak als haar oordeel uit, 'dat waar in het algemeen reeds een scheiding tussen het curatieve en het preventieve niet gewenst is, toch zeker in de persoon van de huisarts deze twee aspecten geïntegreerd moeten zijn. Dit op grond van de centrale en verbindende positie, die hij in de gezondheidszorg dient te bekleden'. Deze nieuwe organisatie van gezondheidszorg in de polders, die inmiddels gestalte heeft gekregen, beschouwt de commissie dan ook als een aantrekkelijke en voor de gezondheid waardevolle proef. 'Er kan nu ervaring opgedaan worden met een poging tot functieherstel van de huisarts, doordat deze taken aanvaardt, die hem door de ontwikkeling der verhoudingen in Nederland ontglipt zijn.'

DE LANGEN spreekt op de jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde in 1957 als zijn mening uit, dat het bij vele aandoeningen de vraag is, of vroege diagnostiek werkelijk heilzaam is voor de toekomstige gezondheidstoestand van de onderzochte. Hij meent daarom, dat een periodiek algemeen onderzoek in Nederland nog niet nodig en vermoedelijk ook niet gewenst is. Alleen scherp gerichte onderzoeken kunnen aanbevolen worden.

Ook QUERIDO, die op deze vergadering verslag uitbrengt over een algemeen onderzoek naar de gezondheid van 3091 mannen en vrouwen van het Amsterdamse gemeentepersoneel en hun echtgenoten, meent dat een periodiek onderzoek weinig zin heeft in een bevolking met een goede medische hulp.

BURGER, die een overzicht geeft over de verschillende vormen van preventief onderzoek, die verricht zijn door het Philips Gezondheidscentrum, wijst er op, dat de waarde van een preventief onderzoek pas door een langdurige follow-up (een longitudinaal onderzoek) bepaald kan worden. Hij is het, die op deze vergadering de treffende beelddraak bezigt, waarbij het uitsluitend behandelen van patiënten met 'vissen met de hengel', een



systematisch ingevoerd ongericht onderzoek met 'vissen met het sleepnet' en tenslotte het systematisch zoeken naar bepaalde frequent voorkomende aandoeningen met 'vissen met de fuik' vergeleken wordt.

Het maakt de indruk, dat het op deze vergadering vooral de vondsten van lichamelijke afwijkingen waren, die het oordeel over periodiek geneeskundig onderzoek bepaald hebben. In het verslag van Querido over de gevonden afwijkingen bij het Amsterdamse gemeentepersoneel worden in het geheel geen psycho-sociale stoornissen vermeld.

Het is uiteraard te verwachten, dat bij een onderzoek door aan de deelnemer onbekende artsen of een team van artsen deze stoornissen niet zo gemakkelijk geopenbaard worden als bij een onderzoek door – en in de spreekkamer van – de eigen huisarts.

LAHR, zelf huisarts en part-time bedrijfsarts, hield in dat zelfde jaar (1957) op het Ledencongres der Maatschappij een voordracht naar aanleiding van een periodiek onderzoek, dat hij als bedrijfsarts bij 300 arbeiders ingesteld had. Het viel hem juist op, dat bij een dergelijk onderzoek zo dikwijls problemen ter sprake kwamen, die op psycho-sociaal gebied liggen. Hij onderging het als een belemmering, dat hij van de meeste dezer arbeiders niet de eigen huisarts was. Voor Lahr was dit een reden om een pleidooi te houden voor het verrichten van een periodiek onderzoek door de eigen huisarts.

Het is duidelijk, dat men bij het beoordelen van de wenselijkheid van preventief geneeskundig onderzoek een onderscheid moet maken tussen een onderzoek, dat tot doel heeft de gezondheidstoestand van een bepaalde categorie personen te verbeteren, dan wel, dat het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor ogen staat. QUERIDO onderstreept dit duidelijk, als hij in zijn in 1958 verschenen boek: 'Voordrachten over Sociale Geneeskunde' schrijft: 'dat het peil van onze medische kennis ons nog niet veroorlooft periodiek onderzoek, bedoeld als algemene preventie en op grote schaal, onder de bevolking te propageren. Periodiek onderzoek, gericht op bepaalde, goed behandelbare ziekten, en als uitbreiding van de zorg van bedrijfsarts of huisarts, is echter wel aan te bevelen'.

Ook de Commissie Periodiek Geneeskundig Onderzoek, ingesteld door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, onder voorzitterschap van MERTENS, komt in haar in 1959 verschenen rapport tot de conclusie, dat de huisarts de meest aangewezen persoon is om een dergelijk onderzoek te verrichten. Haar argumenten hiervoor zullen straks in een samenvattende beschouwing ter sprake komen. Zij meent ook, dat experimenten in deze richting gestimuleerd moeten worden, doch wijst tevens op de noodzaak, dat hiervoor een aanvulling c.q. wijziging in de opleiding en de nascholing van de huisarts noodzakelijk

is. Zij is van oordeel, dat de 40-jarige leeftijd het meest rendabele startpunt voor dergelijke onderzoeken is.

In 1960 verschijnt het zorgvuldig uitgewerkte rapport over periodiek geneeskundig onderzoek, door de voorzitter van de Gezondheidsraad WESTER uitgebracht aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Duidelijk worden in dit rapport de verschillende aspecten van preventief geneeskundig onderzoek uiteengezet. Zo wordt o.m. een onderscheid gemaakt tussen een onderzoek als research (naar de gezondheidstoestand) en als zorg. Ook wordt het verschil besproken tussen een preventief onderzoek als 'ingebouwde' of 'aparte' voorziening, waarmee bedoeld is of het onderzoek al of niet een onderdeel is van een reeds bestaande vorm van gezondheidszorg (b.v. van huisarts of bedrijfsarts). Ook in dit rapport wordt twijfel uitgesproken aan het rechtstreekse effect van een algemeen geneeskundig onderzoek op de gezondheidstoestand in Nederland, uitgaande van de verwachting, dat de grootte van dit effect omgekeerd evenredig is met het peil van de gezondheidszorg. Daarnaast is men echter van oordeel, dat een ongericht preventief geneeskundig onderzoek, verricht in het kader van een huisartsenpraktijk, een gunstige invloed zal kunnen hebben op de kwaliteit van de door de betrokken huisarts te geven gezondheidszorg. Zelfs wordt de verwachting uitgesproken, dat dit effect indirect voor de gezondheidstoestand van de bevolking van meer belang zou kunnen zijn dan het rechtstreekse effect, dat uit het behandelen van een aantal opgespoorde aandoeningen voortvloeit. Ook in dit rapport, dat door VAN GOOR (1961) geestdriftig een mijlpaal in de geschiedenis van de preventieve gezondheidszorg wordt genoemd, wordt het advies gegeven om experimenteel preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk te bevorderen.

Naar aanleiding van dit rapport heeft de Minister aan de Gezondheidsorganisatie T.N.O. in 1960 verzocht de mogelijkheden van preventief onderzoek door de huisarts na te gaan. Op de resultaten van het hieruit voortgekomen onderzoek wordt later ingegaan.

De uitdrukking preventief geneeskundig onderzoek wordt verder afgekort als prev.g.o. Zonder nadere aanduiding wordt dan een algemeen (onggericht) secundair preventief onderzoek bedoeld. Betreft het een periodiek prev.g.o., waarvoor elders meestal de afkorting p.g.o. gebruikt wordt, dan wordt dit er bij vermeld. Wanneer de uitdrukking gericht prev.g.o. gebruikt wordt, betekent dit dat het prev.g.o. tot doel heeft om tevoren omschreven afwijkingen op te sporen met behulp van eveneens omschreven bepalingen (tests). De gerichtheid heeft dus uitsluitend betrekking op aandoeningen en niet op een categorie te onderzoeken personen of een milieu-situatie. Door BURGER (1957) wordt n.l. ook dan van een gericht onderzoek gesproken.

Als meervoud van het woord onderzoek wordt onderzoeken gebruikt, als het een medisch onderzoek van één persoon betreft, terwijl als meervoud voor onderzoek als begrip voor een studie, het woord onderzoeken gebruikt wordt.

Behalve publicaties *over* de huisarts als uitvoerder van prev.g.o. zijn er in ons land ook studies verschenen, waarin verslag uitgebracht wordt over dergelijke onderzoeken verricht *door* huisartsen. Het betreffen zowel collectieve als individuele onderzoeken.

Het meest uitgebreide collectieve onderzoek, waaraan door huisartsen is deelgenomen, is het bejaardenonderzoek onder auspiciën van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. Dit onderzoek, dat onder leiding stond van VAN ZONNEVELD (1961), is opgezet als een research naar de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van personen boven 65 jaar. Er is door 374 huisartsen aan medegewerkt.

In 1962 is, eveneens op initiatief van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., door 12 huisartsen een experimenteel onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van ongericht prev.g.o. in de huisartsenpraktijk. Op de resultaten van dit onderzoek wordt later ingegaan.

MULDER (1962) deed een gericht onderzoek naar het voorkomen van diabetes in zijn praktijkgebied (Noordwijk) en de omgeving (de Haarlemmermeerpolder). Hij breidde dit onderzoek uit tot elders wonende familieleden van bekend geworden diabetici.

VAN DEN DOOL (1960) deed in Stolwijk, behalve een urine-onderzoek op glucose, eiwit, erythrocyten en urobilinogeen, tevens een onderzoek naar afwijkingen van gewicht, haemoglobinegehalte en bloeddruk, welk onderzoek hij kon koppelen aan een röntgenologisch bevolkingsonderzoek op intrathoracale afwijkingen. Dit onderzoek is op initiatief van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. in 1962 in enkele praktijken (Stolwijk en Schoonhoven) herhaald en uitgebreid met een tandheelkundige inspectie en een bepaling van de visus, terwijl in één van deze praktijken van alle onderzochte personen de bloedbezinkingssnelheid werd bepaald.

Eén der voordelen van een gericht onderzoek is de mogelijkheid om bij een goede organisatie in korte tijd bij een groot aantal personen één of meer bepalingen te doen. Daar de te verrichten bepalingen meestal eenvoudig en nauwomschreven zijn, kan bovendien veel werk door geschoolde hulpkrachten verricht worden. De deelnemer kent de beperkingen van het onderzoek en trekt waarschijnlijk geen euphore, mogelijk onjuiste, conclusies over zijn totale gezondheidstoestand.

Aangezien het effect van een prev.g.o. op de algemene gezondheidstoestand evenredig is met zijn uitgebreidheid, is voor een dergelijk gelimiteerd onderzoek een groot aantal deelnemers nodig, wil men tot een zeker rendement komen. De organisatie wordt dan vergemakkelijkt wanneer men deze mensen om een andere reden toch al bij elkaar heeft, zoals b.v. voor een regionaal schermbeeldonderzoek. Dit houdt in, dat een inbouw

in de eigen praktijkvoering van de huisarts slechts mogelijk is, wanneer diens praktijk een geografisch afgerond gebied omvat.

Daarnaast bestaat er door de arbeidsintensieve opzet van het onderzoek – veel moet gebeuren in korte tijd – weinig kans voor de huisarts om tot een persoonlijk contact met de deelnemer te komen. Ook indien de resultaten van de bepalingen door hem worden beoordeeld en hij de leiding van een eventueel nader onderzoek zelf in handen houdt, wordt het contact beperkt tot de personen bij wie een afwijkende bepaling gevonden is.

Tenslotte kan het een nadeel zijn, dat de deelnemer, ook wanneer geen abnormale uitslagen bij hem gevonden zijn, in onzekerheid blijft over zijn totale gezondheidstoestand.

Door huisartsen uitgevoerde, ongerichte prev.g.o.-en met een vaste periodiciteit zijn in ons land nog niet beschreven. Wel zijn er enige publicaties van huisartsen over incidentele ongerichte onderzoeken.

VAN DEN DOOL (1960) onderzocht, als één der methoden voor vroege diagnostiek van chronische ziekten in de huisartsenpraktijk, 100 personen ongericht. Hij moest hiervoor echter zijn normale werk gedurende zeven weken onderbreken.

TEN CATE (1965) onderzocht op deze wijze in één jaar 94 personen van 40 jaar en ouder. Hij berekende dat hij, voor zijn praktijk van 2500 personen, 5 jaar nodig zou hebben om in dit tempo doorgaande, met hetzelfde deelnemingspercentage (73%), al zijn cliënten vanaf 40 jaar te onderzoeken, en 4 jaar voor de cliënten van 40 tot 65 jaar.

Bij de import van gezinnen in de pas drooggelegde IJsselmeerpolders probeert men een ongericht kennismakingsonderzoek als methode in te voeren. Publicaties over de resultaten zijn nog niet verschenen. Wel berichtte BEKIUS (1963), dat er voor dit onderzoek ook van de zijde der cliënten grote belangstelling bestaat.

Bij onderzoeken ingesteld door de Gezondheidsorganisatie T.N.O. blijkt telkens hoe moeilijk het is om huisartsen te animeren tot extra preventief werk. Zowel bij het bejaardenonderzoek onder leiding van Van Zonneveld als bij het straks te beschrijven experimenteel preventief geneeskundig onderzoek, was veel overreding nodig om het benodigde aantal bereidwillige artsen te verzamelen en om hen hun opdracht te laten uitvoeren.

Er moeten dus redenen zijn, die de meeste huisartsen weerhouden van het deelnemen aan – of het zelf organiseren van – een prev.g.o. van volwassen personen in hun eigen praktijk.

Daarom worden hier alle overwegingen, die tegen het uitvoeren van de een of andere vorm van prev.g.o. door de huisarts zouden kunnen pleiten, opgesomd.

1. Tijdgebrek is voor de meeste huisartsen waarschijnlijk het grootste struikelblok.

Wanneer men aanneemt, dat de huisarts een 10-urige werkdag accepteert (in die zin, dat hij in het algemeen geen behoefte heeft om hierboven nog op eigen initiatief extra uren aan zijn praktijk te geven), een werkweek van  $5\frac{1}{2}$  dag en 47 werkweken per jaar, dan heeft hij per jaar 2585 werkuren.

Wanneer hij een praktijk heeft van 2500 cliënten, dan bevat deze, volgens de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek over januari 1965, gemiddeld 890 personen, die 40 jaar en ouder zijn, de leeftijdsklasse waarin naar men aanneemt preventief onderzoek, althans voor somatische aandoeningen, het meeste rendement geeft (MERTENS, 1959). Aangenomen dat een dergelijk onderzoek een uur duurt, dan wil dat zeggen, dat men voor een preventief onderzoek met een interval van één jaar, uitsluitend voor personen van 40 jaar en ouder, ruim één derde van zijn werkuren hiervoor ter beschikking moet stellen. Hierbij is uitgegaan van de veronderstelling, dat de huisarts over een geroutineerde praktijkhulp beschikt. Heeft hij deze niet, dan moet de duur van een onderzoek, met organisatie en laboratoriumonderzoek, op anderhalf uur gesteld worden. In dat geval zou hij meer dan de helft van zijn tijd aan prev.g.o. moeten besteden. Het is duidelijk, dat dit onder de huidige werkomstandigheden onmogelijk is. Stelt men het interval langer, b.v. op drie jaar, dan komt een dergelijk onderzoek op ruim één resp. anderhalf uur per werkdag. Bij een dergelijk lang interval heeft het onderzoek als methode voor vroege diagnostiek echter alleen nog maar zin voor zeer chronisch verlopende aandoeningen, waarbij men zich kan afvragen of het verschil in tijdsduur tussen de vondst bij een zo sporadisch periodiek onderzoek en bij de primair curatieve geneeskunde voor deze aandoeningen wel van belang is.

2. Waar periodiek prev.g.o. door de huisarts noodzakelijkerwijs ingepast moet worden in zijn dagelijkse werk (een ingebouwd onderzoek), dreigt bij hem speciaal het gevaar, dat hij minder tijd en energie overhoudt voor het curatieve werk.

Men zal nooit in staat zijn, om de waarde van een bepaalde vondst bij prev.g.o., zoals een carcinoom in een volledig geneesbaar stadium, af te wegen tegen de geldelijke kosten, die een dergelijk massaal onderzoek met zich mee brengt. Wel mag en moet gesteld worden, dat de huisarts door preventief werk nooit in een zodanige tijd - en energie-nood mag komen, dat daardoor de mogelijkheid ontstaat, dat in de curatieve sector vergelijkbare aandoeningen over het hoofd gezien worden.

3. Samenhangend met dit tijdgebrek bestaat de vrees, dat wanneer men prev.g.o. enige malen als experiment gedaan heeft, de cliënten gehecht raken aan deze benadering en de arts verzoeken hiermee door te gaan, zodat hij blijvend aan dit extra werk gebonden is.

4. De mogelijkheid is niet uitgesloten, dat prev.g.o. een acute werkvermeerdering ten gevolge heeft, met dreigende overbelasting. Het laat zich indenken, dat vele oude, niet genezen, maar wat betreft medisch contact tot rust gekomen klachten weer losgewoeld worden. De afhankelijkheid van de arts kan toenemen.

5. Vervolgens kan men van oordeel zijn, dat de standaarduitrusting van de huisarts onvoldoende is voor een voldoende diepgaand prev.g.o. Hij is b.v. niet in staat om e.c.g.-en en röntgenfoto's te maken c.q. te interpreteren; hij kan geen rectoscopie doen.

Men kan stellen dat een ongericht onderzoek door de huisarts in feite niets anders is dan een gericht onderzoek. Gericht namelijk op aandoeningen, die via anamnese, inspectie, palpatie en auscultatie, aangevuld met enkele zeer eenvoudige laboratoriumonderzoeken te vinden zijn. En ofschoon dit al heel wat is, er zijn nog allerlei voor de huisarts met een normale uitrusting niet te constateren aandoeningen, die met een klinische uitrusting wel vindbaar zouden zijn. Daarom zou men van oordeel kunnen zijn, dat het de voorkeur verdient dat niet de huisarts, maar de arts die wél deze uitgebreide uitrusting tot zijn beschikking heeft, een (periodiek) prev.g.o. uitvoert.

6. De kans bestaat, dat de deelnemer aan een prev.g.o. als gevolg van het voorafgaande onderzoek door valse geruststelling bij nieuwe verschijnselen of klachten niet zo spoedig meer naar zijn huisarts zal gaan. Het gevolg zou dan geen vroege, maar late diagnostiek zijn.

7. Bij het optreden van ernstige aandoeningen kort na een onderzoek kan een relatiestoornis tussen de huisarts en zijn cliënt ontstaan door geschokt vertrouwen.

8. Het werk is wat eentonig. De spanning van de probleemoplossing, zoals in de curatieve geneeskunde, ontbreekt en mogelijk parallel hiermee de waardering voor dit werk door de onderzochte.

9. Het is een onaangename taak om zich gezond voelende mensen mee te moeten delen, dat zij een aandoening hebben, die behandeld moet worden.

10. Het is vaak moeilijk om de grens tussen gezondheid en ziekte te trekken. Gezondheid omvat waarschijnlijk een sterk individuele variatiebreedte van verschillende eigenschappen (GROEN, 1948). Ook bij de interpretatie van beginsymptomen staat de arts voor het dikwijls moeilijke en in de praktijk vaak onmogelijke oordeel of zij niet meer betekenen dan een verandering binnen de grillige sector van de individuele gezondheid, dan wel of zij een begin zijn van een toestand, die zowel door de arts als door de cliënt als ziekte beschouwd wordt. Het grensgebied tussen ziekte en gezondheid stelt dan ook de hoogste eisen aan de vakkennis van de arts (MEININGER, 1958).

11. Bij het vinden van progressieve aandoeningen, waar geen therapie voor bestaat, komt men voor het dilemma:

of mededelen, en daardoor onnodig vroeg afbreuk doen aan het gevoel van welbevinden,

of zwijgen, met het risico bij een latere manifestatie van de aandoening (of een toevallig onderzoek elders) het verwijt te krijgen, dat men iets over het hoofd heeft gezien.

12. Tenslotte kunnen ook financiële aspecten het oordeel over prev.g.o. beïnvloeden. Hier dreigt een vicieuze cirkel: zonder redelijke beloning zal het aantal gegevens over prev.g.o. door de huisarts voorlopig wel schaars blijven. Op basis van schaarse gegevens kan geen definitief oordeel gegeven worden over de waarde er van. Als de waarde niet vaststaat, zal redelijke vergoeding voor dit werk niet gemakkelijk gegeven worden. In dit verband is het vermeldenswaard, dat de curatieve geneeskunde in 1953 bijna 90% van de kosten van de gezondheidszorg opeiste tegenover de preventieve geneeskunde 7% (QUERIDO, 1958). HERINGA (1965) is van oordeel, dat het formeel ontbreken in het contract ziekenfonds/huisarts van een opdracht (en honorering) van zijn preventieve werk een hardnekkig vitium originis is.

Het is overigens wel duidelijk, dat al deze argumenten, behalve die van het tijdgebrek en de technische uitrusting, voor een groot deel hypothetisch zijn, zolang er nog zo weinig feitelijke gegevens over verrichte onderzoeken zijn. Ook is de mogelijkheid niet uitgesloten, dat de genoemde bezwaren aangevoerd worden als rationalisatie voor een primaire negatieve instelling tegen 'nog meer werk'.

In tegenstelling tot deze tegenargumenten staat de positieve instelling van het publiek zelf. Bij elk onderzoek blijkt een grote bereidheid tot deelneming. Bij VAN DER HEIDE (1959) als niet-huisarts bedroeg de deelneming 52,5%, bij VAN DEN DOOL (1960), huisarts in een gesloten dorpsgemeenschap, 88%, bij TEN CATE (1965), ondanks de kosten van f 20,— per deelnemer, 73% bij een stadsbevolking. BEKIUS (1963) schat bij het ongerichte kennismakingsonderzoek in Oostelijk Flevoland een deelnemingspercentage van meer dan 97%. De mening, dat de meeste mensen niet op een dergelijk dienstbetoon gesteld zijn (RUHE, 1963), wordt door deze cijfers wel duidelijk weerlegd.

Het is theoretisch denkbaar, dat de behoefte aan een algemeen onderzoek beïnvloed wordt door de plaats, die de huisarts in de medische verzorging inneemt. De veronderstelling zou geopperd kunnen worden, dat de huisarts door de patiënten als een barrière naar de specialist beleefd wordt. Zou de patiënt met zijn klacht direct naar de specialist kunnen gaan, dan zou diens onderzoek en therapie mogelijk meer bevredigend en



angst-wegnemend kunnen werken dan onderzoek en behandeling door de huisarts dit doen. Daardoor zou de behoefte aan een algemeen – door de patiënt als grondig beleefd – onderzoek geringer kunnen worden.

Ongetwijfeld zal het verschijnsel van onvoldoende geruststelling door het onderzoek van de huisarts zich in bepaalde situaties voordoen. De meeste huisartsen zullen echter, indien zij dit merken, zeker geen bezwaar hebben tegen een specialistisch onderzoek en het zelfs spontaan aanraden. Het is dan ook zeer twijfelachtig of deze instelling invloed heeft op de wens om eens 'helemaal' nagekeken te worden. Ook uit de gegevens uit de Verenigde Staten, waar de huisarts minder als een Cerberus aan de poort van het medische Walhalla ligt, blijkt de medewerking aan dergelijke onderzoeken minstens even groot te zijn.

Reeds in 1922 nam het Huis van Afgevaardigden van de American Medical Association de volgende resolutie aan: 'Where as the need and value of periodic medical examinations of persons supposedly in health are increasingly appreciated *by the public*, it is recommended. . . . . that the county medical societies be encouraged to make public declaration that their members are prepared and ready to conduct such examinations. . . .'. ROBERTS (1959) noemt in een samenvattende beschouwing voor de Verenigde Staten een deelnemingspercentage van 90%.

Tegenover de genoemde bezwaren heeft het verrichten van een (incidenteel of periodiek) prev.g.o. *door de huisarts* de volgende voordelen:

1. Doordat de huisarts reeds tevoren de zorg voor de gezondheid van de deelnemer heeft, is een dergelijk onderzoek voor beiden slechts een uitbreiding van een reeds bestaande verzorging.

2. Er is reeds een relatie tussen onderzoeker en onderzochte, waardoor de laatste minder angst heeft voor 'het onbekende' en de eerste gemakkelijker contact legt.

3. Er dreigt geen verstoring van de arts-patiënt relatie door een derde instantie: geen blootleggen van aandoeningen, die de huisarts reeds bekend zijn, maar die hij voor de patiënt verzwegen heeft. Dit gevaar doet zich uiteraard vooral voor bij het vinden van 'grensafwijkingen' (WILSON, 1963).

4. Er vindt geen dubbel werk plaats: reeds vroeger door of via de huisarts verrichte onderzoeken, die waarschijnlijk constante bevindingen opleveren, worden niet herhaald.

5. De overgang van diagnose naar therapie, welke zoals reeds eerder vermeld via een gesprek plaats dient te vinden, gaat minder schokkend dan wanneer een andere instantie haar bevindingen eerst weer aan de huisarts moet doorgeven. Bovendien blijft, na een onderzoek door de huisarts, deze de deelnemer zelf begeleiden in een eventuele therapie.

6. De mogelijkheden voor diepergaand contact, met uitbreiding van de bestaande kennis van de geestelijke structuur en sociale omstandigheden van de deelnemer, kunnen optimaal benut worden en gaan niet meer verloren.

7. De uitgebreide anamnese en het uitgebreide lichamelijke onderzoek zijn blijvend van nut bij toekomstige contacten in de curatieve sector.

8. Het onderzoek is voor de huisarts zelf een goede controle op zijn curatieve werk.

## HOOFDSTUK II

### UITGANGSPUNTEN VAN HET ONDERZOEK

#### § 1. ACHTERGROND EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Reeds eerder werd vermeld, dat de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, op grond van een in 1960 aan hem uitgebracht rapport van de Voorzitter van de Gezondheidsraad, aan de Gezondheidsorganisatie T.N.O. een verzoek had gericht om de mogelijkheden van preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk na te gaan. Dit verzoek heeft twee onderzoeken tot resultaat gehad. Er is zowel een onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van een multiple screening, van een gericht onderzoek dus, als naar de mogelijkheden van een algemeen onderzoek.

Het eerste gedeelte heeft plaats gevonden in de huisartsenpraktijken te Stolwijk en Schoonhoven, en kwam reeds in hoofdstuk I, § 2 ter sprake.

Aan het tweede gedeelte van het onderzoek, naar de mogelijkheden van een algemeen prev.g.o., is deelgenomen door twaalf huisartsen, w.o. door mij zelf. Omdat dit onderzoek de eigenlijke aanleiding is geweest tot het later door mij verrichte onderzoek wil ik – met toestemming van de auteur (BEEK) – enkele gegevens overnemen uit het conceptrapport over dit onderzoek. Het definitieve rapport zal binnenkort in druk verschijnen.

Bij dit T.N.O.-onderzoek werden de proefpersonen zo veel mogelijk volgens een tevoren bepaald, niet door de huisarts te beïnvloeden, schema uitgezocht. Het onderzoek bestond uit een door de deelnemer zelf in te vullen anamneseformulier, een door de arts (aanvullend) op te nemen anamnese, een uitgebreid lichamelijk onderzoek, een laboratoriumonderzoek, een psycho-sociale anamnese en een evaluatie van de gevonden afwijkingen en van het contact zelf.

Men diende gedurende 40 weken één persoon per week te onderzoeken en eenmaal per maand de gegevens op te sturen.

De rapporteur van het onderzoek kwam onder andere tot deze conclusie: 'Slechts één arts bleek in staat 40 weken lang één patiënt per week te onderzoeken, alle anderen bleven daaronder. Het is duidelijk, dat een algemeen (ongericht) prev.g.o. in de vorm zoals tot dusver uitgevoerd, niet voor een algemene toepassing bruikbaar is. Waar goedwillende mede-

werkers, die voor de mérites van het experiment belangstelling hebben getoond, er niet in geslaagd zijn gedurende 9 maanden één patiënt per week te onderzoeken, is het uitgesloten dat prev.g.o. voor de volwassen Nederlandse bevolking op deze wijze gerealiseerd kan worden. Hiervoor zou waarschijnlijk niet slechts één persoon per week doch per dag moeten worden onderzocht door enige duizenden huisartsen, van wier belangstelling en bereidwilligheid tot dusverre niets bekend is'.

Uit de bewerking van de binnengekomen rapporten over 202 onderzochte personen bleek, dat het onderzoek door 95% der onderzochten zeer werd gewaardeerd en dat eveneens ruim 95% bereid was om in de toekomst opnieuw op deze wijze onderzocht te worden. Een eveneens voor de waarde van een dergelijk onderzoek, als onderdeel van de gezondheidszorg van de huisarts, belangrijke conclusie was de uitkomst, dat volgens de huisartsen met 173 van de 202 onderzochte personen, d.i. ruim 85%, een verbetering in de relatie was opgetreden. Bij 167 der 202 onderzochte personen was, volgens de artsen, de tijd die aan het onderzoek gegeven was, nuttig besteed.

Van belang lijkt ook de verdeling van de afwijkingen naar de onderdelen van het onderzoek, waardoor zij gevonden waren. Deze verdeling is neergelegd in tabel 1.

TABEL 1. DE BIJ HET EXPERIMENTEEL PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK VAN DE GEZONDHEIDSORGANISATIE T.N.O. DOOR HUISARTSEN GEVONDEN AFWIJKINGEN, VERDEELD NAAR DE ONDERDELEN VAN HET ONDERZOEK WAARDOOR DEZE AFWIJKINGEN GEVONDEN WERDEN

Totaal aantal afwijkingen	578			
Geen antwoord	232			
<hr/>				
Aantal afwijkingen waarover oordeel mogelijk was	346			
<hr/>				
	aantal	perc.	van	346
uitsluitend anamnese	161	46,5		
uitsluitend lich. onderzoek	115	33,2		
uitsluitend laborat. onderzoek	12	3,5		
anamnese en lich. onderzoek	55	15,9		
anamnese en lab. onderzoek	2	0,6		
anamnese, lich. onderz. en lab. onderz.	1	0,3		
	<hr/>	<hr/>		
totaal	346	100,0		

Bij dit onderzoek blijkt het aandeel van het laboratoriumonderzoek bij het vinden van de afwijkingen zeer klein te zijn. Dit laboratoriumonderzoek bestond uit een onderzoek van de urine op albumen, soortelijk gewicht, glucose en sedimentafwijkingen en een bepaling van het haemo-

globinegehalte, terwijl faeces- en nader bloed-onderzoek facultatief gesteld waren. Het geringe aandeel van dit (beperkte) laboratoriumonderzoek onderstreept nog eens de voorzichtigheid, die betracht moet worden bij de interpretatie van een uitsluitend op deze laboratoriumbepalingen gebaseerde screening. Ook bij onderzoeken, waarbij een uitgebreider laboratoriumonderzoek verricht wordt, komt men wel tot dit oordeel (BOLT, MALLERY en TUPPER, 1956; FRANCO, 1956). Uitsluitend door lichamelijk onderzoek werd 33,2% der afwijkingen gevonden. Het grootste aandeel bij het vinden van de afwijkingen is bij het T.N.O.-onderzoek geleverd door de anamnese. In 63,4% was zij bij de vondst betrokken.

De vragenlijst bij de 202 verrichte onderzoeken werd door de artsen 164 maal als wèl en 26 maal als niet efficiënt beoordeeld.

Dit laatste gegeven heeft een grote rol vervuld bij de opzet van mijn onderzoek. Mijn gedachtengang was als volgt: van alle onderdelen van een volledig onderzoek blijkt de anamnese het meest aanleiding te geven tot het vinden van afwijkingen. Zij is dus de meest vruchtbare testmethode voor een screeningsonderzoek. Bovendien kan, wanneer zij schriftelijk opgenomen wordt, de deelnemer zelf de test uitvoeren en deze is dus als ingebouwd onderzoek in de huisartsenpraktijk het gemakkelijkst uit te voeren. De huisarts behoeft, na een voorafgaande organisatie voor de verzending, alleen maar de resultaten af te lezen.

Wanneer de huisarts op grond van gegevens, die de deelnemer hem zelf verstrekt heeft, deze voor een nader lichamelijk onderzoek oproept, komt dit voor de deelnemer niet als een geheel onverwachte gebeurtenis. Wordt deze daarentegen voor een heronderzoek opgeroepen na een schermbeeld-onderzoek of een onderzoek van zijn urine, dan betekent dit bijna steeds een onverwachte, en daardoor min of meer schokkende, verrassing.

Het opzetten van een onderzoek op basis van de klachten (c.q. door de cliënt zelf opgemerkte verschijnselen) past ook bij de praktijkvoering van de huisarts. Deze komt steeds in aanraking met personen, die op grond van hun klachten of verschijnselen, en niet van afwijkende uitslagen van één of meer technische bepalingen, patiënt geworden zijn of zullen worden. Het doen verdwijnen van klachten, hetzij door een gerichte therapie, hetzij door deze te bevrijden van onnodige en fixerende angst- of onzekerheidsgevoelens, behoort immers tot de belangrijkste dagelijkse taken van de huisarts (BUMA, 1953; BREMER en VAN WESTREENEN, 1964).

Als begin van mijn onderzoek heb ik derhalve een uitgebreid anamnese-formulier opgesteld. Dit werd aan een grote categorie cliënten toegestuurd. Na ontvangst van het ingevulde formulier maakte ik, op grond van de gegevens van het anamneseformulier en de medische kennis die ik van de deelnemers had, zelf een selectie voor een nader lichamelijk onderzoek.

Op deze manier is het mogelijk gebleken in één jaar 657 personen te benaderen, van wie er 332 lichamelijk onderzocht werden.

Op de vraag, waarom ik bij het T.N.O.-onderzoek niet in staat was om 40 personen in 40 weken na te kijken en bij mijn eigen onderzoek wel 332 in 46 weken, kan achteraf het volgende antwoord gegeven worden:

1. Het zelf opgezette onderzoek was een grotere stimulans.
2. Door de grotere frequentie van onderzoeken was ik meer in staat om mijn werkverdeling op dit extra-werk af te stemmen, terwijl het T.N.O.-onderzoek zo weinig invloed op mijn dagelijkse werk leek te hebben, dat er geen bijzondere voorzieningen voor nodig geacht werden. Hierdoor werden deze onderzoeken dikwijls als sluitpost gebruikt voor rustige avonden, met het gevolg, dat zij telkens uitgesteld werden.
3. Om dezelfde reden was het gemakkelijker om de praktijkassistente systematisch in te schakelen. Mede hierdoor duurde een eigen onderzoek gemiddeld drie kwartier, terwijl elk T.N.O.-onderzoek van dezelfde uitgebreidheid mij gemiddeld  $1\frac{1}{2}$  uur in beslag nam.

Door bovengenoemde getallen is in ieder geval wel duidelijk geworden, dat althans bij mij tijdgebrek niet de werkelijke oorzaak van het in kwantitatief opzicht teleurstellende resultaat van het T.N.O.-onderzoek is geweest, doch meer gebrek aan organisatie en te weinig werkelijke eigen belangstelling. Hierbij moet overwogen worden of de opdracht van één onderzoek per week op zichzelf niet te laag gesteld was om deze belangstelling gedurende 40 weken levend te houden, terwijl bovendien het verzoek de formulieren éénmaal per maand in te sturen uitstel in de hand werkte.

Het selecteren van kandidaten voor een lichamelijk onderzoek op basis van hun anamneseformulier heeft als bezwaar, dat dit niet meer beschouwd kan worden als een methode voor het opsporen van asymptomatische aandoeningen. Hier staat tegenover, dat door het selecteren van mensen met klachten (bij wie overigens ook asymptomatische aandoeningen aanwezig kunnen zijn) het gemiddelde effect van een lichamelijk onderzoek op het subjectieve gezondheidsgevoel waarschijnlijk groter is.

Een ander bezwaar is de mogelijkheid, dat zich bij niet onderzochte personen na korte tijd ernstige aandoeningen kunnen manifesteren. Om deze reden heb ik alle personen, die opgaven een lichamelijk onderzoek wenselijk te vinden, onderzocht. Iedereen die niet onderzocht is, heeft dus zelf geantwoord dit niet wenselijk te vinden of heeft de betreffende vraag niet beantwoord.

Theoretisch levert het rondsturen van een vragenformulier de volgende voordelen op:

1. Men verkrijgt op de minst tijdrovende wijze een overzicht van het medisch verleden en de actuele subjectieve gezondheidsbeleving van de deelnemer. Dit schept de mogelijkheid om de gegevens te vergelijken met die van het kaartsysteem over vroegere contacten, waardoor een inzicht verkregen wordt welke vroegere klachten verdwenen zijn en welke nog bestaan. De huisarts kan dan nagaan of hij de laatste wel goed behandeld

heeft, of hij misschien ontijdig een einde aan de behandeling gemaakt heeft, dan wel of de patiënt zelf het contact beëindigd heeft. Wanneer de huisarts een redelijke administratie van zijn 'curatieve contacten' heeft bijgehouden, krijgt hij op deze manier een goede indruk van falen en slagen. Meer dan een indruk is dit natuurlijk niet. Het verdwijnen van een klacht kan ook plaats vinden zonder het ingrijpen van de huisarts en het aanwezig zijn kan soms berusten op een recidief, waarvoor hij nog niet is geconsulteerd.

2. De anamnese vertoont geen hiaten. Bij een mondelinge anamnese is dit dikwijls het geval. Meestal is bij een bepaalde klacht een gerichte anamnese wel voldoende. Aangezien de patiënten echter bijna altijd met 'bepaalde klachten' komen, bestaat de kans, dat men al jaren lang iemand behandelt, zonder ooit tot het opnemen van een complete anamnese te komen. Bovendien doet het de deelnemer niet vreemd aan, dat op een formulier vragen gesteld zijn over gebieden, die hij wel als tot de medische sfeer behorend erkent, maar die toch dikwijls voor zijn gevoel niet passen bij een bepaalde klacht, waarvoor hij als patiënt naar zijn arts gaat. Hij vindt sommige vragen op het formulier nu redelijk, die hij bij een curatief contact ongepast of niet ter zake zou achten. Speciaal geldt dit voor psycho-somatische verschijnselen. Voor de (te ongeduldige) huisarts is het wel eens moeilijk om zich bij een, voor hem 'opgelegde', psycho-sociale oorzaak van een lichamelijke klacht te realiseren, dat hij 'daar moet beginnen, waar de patiënt is'. (MERTENS, 1951)

3. Naast een categorie mensen, waarvan de huisarts tijdens curatieve ontmoetingen dus eigenlijk meer zou willen weten, dan hun lief is, is er een categorie, die hem dikwijls meer wil vertellen, dan hem lief is. Met een vragenformulier van enige uitgebreidheid krijgen deze cliënten nu gehinderd de gelegenheid hun klachten en verschijnselen te uiten. De afwerende houding, die de huisarts – soms onbewust – op een druk spreekuur aanneemt, ontbreekt nu geheel. Het is niet uitgesloten, dat het gevoel, dat de huisarts hen nu 'helemaal kent', voor sommigen bevrijdend werkt, en mogelijk een gunstige invloed heeft op hun 'medische consumptie' in de toekomst. Overigens geldt dit laatste niet alleen voor een volledige anamnese, maar ook voor een volledig lichamelijk onderzoek.

4. Doordat de antwoorden op vragen naar de lichamelijke en geestelijke gezondheid en de maatschappelijke aangepastheid schriftelijk vastgelegd zijn, bestaat er bij het aansluitende lichamelijk onderzoek, of later tijdens een 'curatieve ontmoeting' minder remming om een meer integraal onderzoek te doen. De huisarts behoeft niet meer – voor de patiënt plompweg – over psycho-sociale problemen te beginnen, hij behoeft er alleen maar op terug te komen. Van de kant van de patiënt is er nu minder weerstand, omdat de huisarts reeds (gedeeltelijk) op de hoogte is. Ook kan de huisarts

dit onderwerp nu aanroeren zonder dat de patiënt dit direct in verband brengt met zijn lichamelijke verschijnselen. Hij kan het bekende 'nu ik er toch ben' van de patiënt zelf gebruiken als een 'nu U er toch bent', en zo schijnbaar achteloos met het belangrijkste probleem op tafel komen (BALINT, 1957 en 1961), zonder dat dit door de patiënt als storend beleefd wordt.

5. Er kan een zekere educatieve werking van de vragen uitgaan: de deelnemer ontdekt welke verschijnselen van medisch belang zijn. Natuurlijk kan hier ook een gevaar in schuilen. Geen enkel anamneseformulier kan alle vóórkomende – mogelijk belangrijke – klachten bevatten. De psychologie heeft echter geleerd, dat aanwezige voorwerpen eerder opvallen en beter onthouden worden dan afwezige. Deze overweging is een reden voor mij geweest om alle niet beantwoorde formulieren later aan het huis van de aangeschreven cliënt op te laten halen.

6. Aangezien mijn formulier aangediend wordt als informatie naar de gezondheidstoestand en bovendien vraagt naar de wens van de deelnemer om een nader lichamelijk onderzoek te ondergaan, krijgt deze minder gespannen verwachtingen dan wanneer hij direct voor een volledig preventief onderzoek zou worden uitgenodigd. Er is nu een zekere samenwerking tussen de deelnemer en de arts over de te volgen beleidslijn. Hij wordt nader onderzocht, wanneer hij a. dit zelf wenst, b. klachten heeft, die er naar de mening van de arts aanleiding toe geven.

In de inleiding is reeds uiteengezet, dat een explorerend onderzoek middels een anamneseformulier binnen het kader van de preventieve geneeskunde valt. De activiteit gaat van de arts uit en hij richt zich tot zijn cliënten. Zijn deze op het moment van het onderzoek patiënt, dan is dit toevallig.

Het contactmiddel, het vragenformulier, is vergelijkbaar met een bepaling bij het gerichte onderzoek. Bij afwijkende bevindingen bij deze bepaling wordt de deelnemer verder onderzocht. Het lichamelijke onderzoek is echter primair ongericht en beperkt zich dus niet tot die gebieden, waarop de geuite klachten of verschijnselen betrekking hebben.

Alle binnengekomen gegevens zijn van belang, ook die, welke geen aanleiding geven tot een nader lichamelijk onderzoek. Immers, ook de gegevens van het vragenformulier, die op zich zelf niet op een aandoening van de invuller wijzen, zoals die van de historia morbi en de familieanamnese, houden bij toekomstige ontmoetingen hun waarde. Ook de afwezigheid van klachten op een bepaald moment kan later van belang blijken. De duur van een bepaalde klacht kan soms van invloed zijn, zowel op diagnostisch als op prognostisch gebied. Het formulier geeft dan de zekerheid, dat de klacht tijdens het invullen al of niet bestond. Dit laatste geldt ook voor andere gerichte onderzoeken. Ook daarbij kan het van belang zijn, dat men met zekerheid kan zeggen dat een bepaalde afwijking (b.v. glucosurie of een intrabulbaire drukverhoging) op een bepaald moment nog niet bestond.

Naast de genoemde voordelen kleven er aan een schriftelijke anamnese ook bezwaren.

1. De wijze van invullen is zeer individueel. Dezelfde dikke knokkel,



die maakt, dat de één zich al in een rolstoel ziet zitten, wordt door de ander gebagatelliseerd. De eerste vult 'ja' in bij de vraag naar chronische gewrichtsklachten, de ander 'nee'. Welk formulier is onjuist ingevuld?

Waarschijnlijk mag de vraag zo niet gesteld worden. Terecht vraagt JACOBS (1965) zich af: 'Is het aan ons mensen te bepalen of een medemens lijdt of niet?' Het is de beleving van een verschijnsel, die iemand al of niet tot 'lijder' maakt. Voor de verbetering van de gezondheidstoestand vereisen beide knokkels eenzelfde medisch-technische benadering. In het gedeelte van de gezondheidszorg van de huisarts, dat gericht is op de verbetering van de *actuele* subjectieve gezondheidsbeleving van zijn cliënten een verschillende. De gezondheidsbeleving van de eerste cliënt behoeft wel verbetering, die van de tweede niet. In dit opzicht loopt de te geven preventieve zorg van de huisarts dus parallel met de wijze van invullen van het formulier: vult iemand, die een bepaald verschijnsel niet zodanig vindt, dat hij 'zijn dokter daarmee lastig moet vallen' de betreffende vraag niet bevestigend in, dan heeft de huisarts ook geen aanknopingspunt om hem voor een lichamelijk onderzoek uit te nodigen.

Maar hoe is het nu gesteld met de *toekomstige* gezondheid? Zijn de kansen van degene, die nu wel een klacht uit, en dus onderzocht c.q. behandeld wordt, beter dan van hem, die de vraag, hoewel hij dezelfde verschijnselen heeft, negatief beantwoordt? Het antwoord wordt voor een groot deel bepaald door de oorzaak van het verschijnsel en de bijbehorende medische kunde. Daarnaast is echter ook de instelling van de betrokkene waarschijnlijk van invloed op het verloop. Hoe groot deze invloed bij verschillende verschijnselen is, is grotendeels onbekend. Wij weten niet, hoe vaak en bij welke aandoening iemand gelijk krijgt, die verwacht, dat 'het zo ook wel over zal gaan'. Wij zullen het ook nooit weten, want iedere maal, dat hij gelijk krijgt, zien wij hem niet. Weten wij al weinig over de grenzen tussen gezondheid en ziekte, even weinig weten wij van de grensovergangen in beide richtingen.

2. Een tweede bezwaar van de schriftelijke anamnese is de voor de hand liggende veronderstelling, dat het voor vele cliënten moeilijk is om bepaalde klachten – onherroepelijk – aan het papier toe te vertrouwen. Dit geldt met name voor klachten op psycho-sociaal gebied. Bij de beschrijving van de resultaten van het onderzoek zal blijken, dat deze verwachte invloed niet aantoonbaar is geweest.

3. Vervolgens moet bij de beoordeling van een ingevuld vragenformulier steeds bedacht worden, dat het altijd een dwarsdoorsnede door de gezondheidsbeleving geeft en geen lengtedoorsnede. De sfeer van de tijd, waarin het formulier beantwoord is, bepaalt mogelijk enigermate de antwoorden. Wanneer een arbeider kort te voren een compliment of een schrobbering van zijn chef heeft gekregen, dan zal dit invloed kunnen heb-

ben op zijn antwoord op de vraag of hij met plezier werkt. Mogelijk zal iemand de vraag naar het veelvuldig opmerken van hartkloppingen eerder met 'ja' beantwoorden wanneer er zich kortgeleden in zijn kennissenkring een plotseling sterfgeval heeft voorgedaan, dan wanneer hij juist van vacantie is teruggekomen. Maar dit probleem doet zich in de curatieve geneeskunde ook voor. Het ten gevolge van een klacht ingestelde lichamelijke onderzoek biedt echter tevens de gelegenheid om via een nader oriënterend gesprek, de klacht tot haar ware proporties terug te voeren. In het algemeen zullen actuele gebeurtenissen meer 'vals-positieve' dan 'vals-negatieve' formuliergegevens opleveren.

4. Door de methode van het òf 'ja' òf 'nee' invullen vervalt voor de deelnemer de mogelijkheid tot het geven van een bepaalde kleur aan een symptoom. Dit kan alleen tijdens het mondeling opnemen van de anamnese gebeuren. Een vragenlijst geeft de meest praktische mogelijkheden voor een brede anamnese, de mondelinge benadering voor een diepe. De schriftelijke anamnese dient bij een volledig onderzoek dan ook niet als een vervangingsmiddel voor een mondelinge gebruikt te worden.

## § 2. ERVARINGEN MET EEN SCHRIFTELIJKE ANAMNESE ELDERS

Sinds de tweede wereldoorlog is in Amerika een uitgebreid onderzoek gedaan met een, in de Cornell University (New York City Hospital) ontworpen, vier-bladig vragenformulier. Dit formulier wordt de Cornell Medical Index (C.M.I.) genoemd. De oorspronkelijke bedoeling van het formulier was een mogelijkheid te scheppen om de behandelende arts een weinig tijdrovende en overzichtelijke indruk te geven van voor hem belangrijke feiten in de anamnese en historia morbi van de patiënt. Het formulier is dus ontworpen als hulp in de curatieve geneeskunde. De opzet was daarbij niet om het formulier als vervangingsmiddel, maar als aanvulling op de door de arts op te nemen anamnese te laten dienen.

De lijst bevat 195 vragen, waarvan 144 op lichamelijk en 51 op psychosociaal gebied. De vragen zijn in secties ingedeeld naar groepen lichamelijke en geestelijke stoornissen. De vragen naar vroegere ziekten en het vóórkomen van ziekten bij bloedverwanten (in totaal 48) zijn tussen de vragen naar huidige klachten geplaatst.

De antwoorden op de vragen kunnen slechts 'ja' of 'nee' luiden, en worden gegeven door middel van een cirkel om het goede antwoord. 'Ja' betekent, door de aard der vraagstelling, steeds een afwijking, 'nee' is normaal. Door deze indeling krijgt de arts, aan wie de patiënt zijn ingevulde formulier vóór of bij binnenkomst overhandigt, snel een overzicht van de klachten.

De verschillende onderzoeken voornamelijk onder leiding van

BRODMAN, ERDMANN en WOLFF (1949-1959), die met dit formulier gedaan zijn, leidden tot de volgende resultaten:

1. De antwoorden, die de patiënten, die zich op een polikliniek aanmeldden, bij een mondelinge anamnese gaven, stemden overeen met de gegevens, die zij even te voren op het formulier vastgelegd hadden.

2. Wanneer de onderzoekende arts niet op de hoogte was van de antwoorden in de vragenlijst, bleek de mondelinge anamnese achteraf vele omissies te vertonen, waarin soms zeer belangrijke symptomen schuil gingen.

3. Een bespreking met de patiënt over diens antwoorden op psychosociale vragen leidde gewoonlijk tot een gesprek over zijn emotionele problemen en zijn levenssituatie, en had een positieve invloed op de arts-patiënt relatie.

4. Uit de verdeling van lichamelijke en geestelijke klachten over de vragenlijst kan de arts dikwijls van te voren een neurotische levenshouding voorspellen.

Een onderzoek met de C.M.I. hiernaar is ook ingesteld door de Engelse huisartsen BROWN en FRY (1962), die evenals Brodman tot de conclusie kwamen, dat hun 'neurotische' patiënten - helaas geven zij geen duidelijke omschrijving van hetgeen zij hieronder verstaan - een statistisch significant hoger aantal 'ja' antwoorden gaven dan andere spreekuurbezoekers.

ABRAMSON (1965) verzamelde de gegevens van verschillende publicaties over onderzoekingen met de C.M.I. in Engeland en de Verenigde Staten. Zijn bevindingen zijn in tabel 2 vastgelegd.

**TABEL 2. VERZAMELDE GEGEVENS UIT ANGLO-AMERIKAANSE ONDERZOEKINGEN OVER PERSONEN, DIE MEER DAN 30 VRAGEN VAN DE C.M.I. POSITIEF BEANTWOORDDEN, VOLGENS ABRAMSON; IN PERCENTAGES**

	Mannen	Vrouwen
ogenschoijnlijk gezonde personen	10%	14%
patiënten zonder emotionele stoornis	20%	41%
patiënten met emotionele stoornis	65%	67%

Ook bij zijn eigen onderzoek in Jeruzalem bleek een verband te bestaan tussen een emotionele stoornis en een opbrengst van meer dan 30 positieve antwoorden met de C.M.I.

Later is het formulier ook voor andere doeleinden gebruikt. Brodman geeft in een samenvatting (1956) elf mogelijkheden aan. Daaronder noemt hij ook het gebruik bij periodiek geneeskundig onderzoek, in de bedrijfs-geneeskunde en in de klinische psychologie. Tevens wordt het formulier geschikt geacht als onderwijsmiddel voor het leren opnemen van de anamnese door studenten.

De structuur van de medische verzorging in New York leidt er toe dat een patiënt dikwijls op eigen initiatief naar de polikliniek van een zieken-

huis gaat. Het formulier kan dan gebruikt worden als wegwijzer naar de voor zijn klachten meest geschikte afdeling. Volgens Brodman zou een geroutineerde verpleegster in staat zijn op basis van de gegevens van het formulier de patiënt naar de juiste afdeling te verwijzen.

In ons land is een enigszins gewijzigde versie van de C.M.I. gedurende enige jaren gebruikt door KOOYMAN en VAN DER VOORT MAARSCHALK (1953) in de polikliniek van het Diaconessen-Ziekenhuis te Arnhem. Zij hebben dit formulier uitsluitend gebruikt als aanvulling op de eigen, mondelinge, anamnese.

Een andere functie van het formulier was voor hen het bezighouden van de patiënt in de wachtkamer, waardoor vanaf het begin van het bezoek aan de polikliniek een zekere bemoeienis met hem bestond en hij minder open oor zou hebben voor de extra-bezorgdheid barendes verhalen van andere spreekuurbezoekers.

Het invullen werd door hen tevens beschouwd als een uitlaat voor de zorgen en spanningen van de patiënt en hielp hem zijn klachten te formuleren.

Gedurende de drie jaar, dat zij het formulier gebruikten, hebben zij de overtuiging gekregen, dat het invoeren van deze vragenlijst en het gebruik ervan op de beschreven wijze een aanwinst was voor de behandeling van poliklinische patiënten.

Dat zij tenslotte deze methode verlaten hebben, is het gevolg van het feit, dat sommige patiënten het onaangenaam vonden een lijst te moeten invullen, terwijl anderen dit niet behoefden te doen: in dezelfde wachtkamer zaten ook patiënten van andere specialisten, die dit systeem niet toepasten (Kooyma: mondelinge mededeling).

Een uitgebreid onderzoek naar de invloed, die het rondsturen van gezondheidsvragenlijsten door een medisch verzekeringsbureau (Health Insurance Plan of Greater New York) heeft op het medisch gedrag van een grote categorie verzekerden, is ingesteld door HUTCHISON in New York (1962). Ongeveer 61% der aangeschrevenen stuurden de lijst ingevuld terug. Deze personen kregen daarna telefonisch een uitnodiging voor een algemeen lichamelijk onderzoek. Ruim een derde deel van hen reageerde hierop. In totaal dus 20% van alle aangeschrevenen.

Bij dit bureau hebben alle verzekerden de gelegenheid zich jaarlijks geheel te laten onderzoeken. Het bleek, dat in de aangeschreven categorie het aantal onderzoeken, ondanks de genoemde initiatieven, slechts 37% groter was dan in een vergelijkbare controle-categorie. Hutchison waarschuwt daarom tegen het overschatten van het effect van dergelijke initiatieven.

Uiteraard is de reactie op een schrijven van een verzekeringsbureau niet te vergelijken met de reactie op een schrijven van een Nederlandse huisarts.

Ook in het 'Maatschappij'-rapport over periodiek geneeskundig onderzoek wordt vastgesteld dat de animo voor prev.g.o. op initiatief van verzekeringsmaatschappijen kleiner is dan die voor prev.g.o. op uitnodiging van de eigen huisarts.

Een tweede conclusie die Hutchison kon trekken, was dat de soms geponeerde stelling, dat men met het aanbieden van periodieke onderzoeken alleen maar mensen aantrekt die niets mankeren, of (ander uiterste) dat men alleen een zeer verwaarloosde bevolkingscategorie aantrekt, voor New York niet houdbaar is.

Zijn derde conclusie is, dat een vragenlijst een slechte voorspeller is voor te vinden afwijkingen. Dit is dus in duidelijke tegenspraak tot de bevindingen van Brodman met de C.M.I. Overigens is dit verschil geen wonder, want de vragenlijst van Hutchison was maar zeer beperkt (46 vragen, waarvan 14 naar vroegere- en familie-ziekten) en de tijd tussen beantwoording van de lijst en het lichamelijke onderzoek bedroeg soms meer dan een jaar.

Ook BURGER (1957) vermeldt, dat bij de N.V. Philips de resultaten met een beperkte vragenlijst (15 vragen) onbevredigend waren. Later is dan ook in dit bedrijf een veel uitgebreidere vragenlijst ingevoerd. Deze is ook gebruikt bij het experimenteel prev.g.o. van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. De ervaringen met dit formulier zijn in § 1 van dit hoofdstuk reeds beschreven.

Een gerichte schriftelijke anamnese is toegepast bij het, eveneens in de vorige paragraaf genoemde, onderzoek naar cardiale en pulmonaire aandoeningen te Stolwijk (1965). Alle deelnemers kregen vóór het onderzoek een vragenlijst met 48 vragen, waarvan 5 naar beroep en levensgewoonten, 6 naar rookgewoonten, 1 naar vroegere ziekten van het hart, en 36 naar actuele verschijnselen. De resultaten van dit onderzoek zijn nog niet gepubliceerd.

### § 3. SAMENSTELLING VAN HET BIJ HET ONDERZOEK GEBRUIKTE ANAMNESE-FORMULIER

Bij de samenstelling van een voor het voorgenomen onderzoek geschikte vragenlijst zijn verschillende bestaande vragenlijsten geraadpleegd: de Cornell Medical Index, de vragenlijst voor het experimenteel preventief geneeskundig onderzoek van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., die op haar beurt weer voornamelijk ontleend is aan de vragenlijst van de Gezondheidsdienst van de N.V. Philips, de vragenlijst van het formulier voor de basiskeuring van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de anamneselijst uit de dissertaties van VAN DEN DOOL, VAN DER HEIDE en VAN ZONNEVELD en de psycho-sociale anamneselijst van WEYEL's 'Medische Psychologie'.

Het zou te ver voeren uiteen te zetten uit welke lijst iedere vraag afkomstig is en waarom bepaalde keuzen werden gemaakt. Ik heb gestreefd naar een zo breed mogelijke, voor de huisarts belangrijke informatie, naar een zo eenvoudig mogelijke formulering en naar overzichtelijkheid. Daarbij moest ik er rekening mee houden, dat aan het concentratievermogen van de gemiddelde deelnemer niet te zware eisen gesteld mochten worden. Met dit laatste was reeds enige ervaring opgedaan tijdens het T.N.O.-onderzoek.

De uiteindelijke vragenlijst (bijlage I) is samengesteld uit drie onderdelen.

Het eerste deel, dat verder het hoofdblad genoemd wordt, bestaat uit vier pagina's met 129 medische vragen (bijlage I, deel 1). Dit hoofdblad begint met vragen naar persoonlijke en sociale gegevens als naam, adres, geboortedatum, beroep, kerkgenootschap en burgerlijke staat. Na een eenvoudig voorbeeld hoe het formulier gebruikt moet worden volgen 107 vragen naar klachten of verschijnselen op lichamelijk gebied. Deze vragen zijn als volgt over de verschillende organen of orgaansystemen verdeeld:

ogen	5	hart	8
oren	3	bloedvaten	3
neus	3	longen	5
keelholte	4	maag-darmstelsel	16
mond	6	huid- en ingewandsbreuken	5
schildklier	1	spieren en gewrichten	18
nekwervels	1	neurologische symptomen	11
hoofdhaar	1	urologische symptomen	7
symptomen van algemene aard	9	andere klachten	1
			—
			totaal 107

Bij deze indeling zijn de vragen naar symptomen van algemene aard geplaatst na de vragen naar klachten of verschijnselen van de gebieden van hoofd en hals. Dit is gebeurd om de deelnemer te laten beginnen met een aantal neutrale, duidelijk op somatische stoornissen gerichte vragen.

Tussen de vragen naar neurologische en urologische symptomen zijn 21 vragen geplaatst, die voornamelijk gericht zijn op emotionele stoornissen of de lichamelijke uitdrukking hiervan. De bedoeling hiervan was om uit te laten komen, dat vragen naar psycho-sociale stoornissen een geïntegreerd onderdeel vormen van een volledige anamnese en er niet als een soort aanhangsel achteraan komen.

In de laatste vraag van deze serie wordt geïnformeerd naar de kleur-reactie van een strookje testape, dat hiertoe naast deze vraag aan het formulier was geniet. De deelnemer moest dit gedeeltelijk dopen in urine,

die hij ongeveer anderhalf uur na een koolhydraatrijke maaltijd geproduceerd had.

Deze 129 vragen van het hoofdblad zijn tot zover zo gesteld, dat ieder 'ja'-antwoord als afwijkend beschouwd kan worden.

Hierna volgen 15 neutrale vragen, waarvoor dit niet geldt:

Eerst wordt de deelnemer gevraagd of hij de nummers wil opschrijven van de met 'ja' beantwoorde vragen, die over klachten handelen, waarvoor hij zich reeds eerder onder behandeling heeft gesteld. De volgende vraag (nr. 340) informeert naar de wens van de deelnemer om voor zijn onbehandelde klachten nader lichamelijk onderzocht te worden. Door zijn antwoord op deze vraag krijgt hij een aandeel in de beslissing voor een lichamelijk onderzoek. (Later zal blijken, dat de beperking: 'voor onbehandelde klachten', beter weggelaten had kunnen worden.)

Hierna volgen nog 3 vragen naar de medische contacten van het afgelopen jaar, één vraag naar de steun door het geloof in moeilijke perioden, 2 vragen naar rookgewoonten en 2 naar het eigen oordeel over het lichaamsgewicht. Vervolgens worden nog 4 vragen gesteld over de voedingsgewoonten. De laatste vraag geldt de tijd, die men nodig had om het formulier in te vullen.

Het hoofdblad eindigt met het advies, om zich bij toekomstige klachten niet later onder behandeling te stellen dan men anders zou doen.

Het tweede deel (bijlage I, deel 2) omvat uitsluitend vragen (met één uitzondering: vraag 329) over vroegere ziekten, operaties, prothesen, infectingen, allergieën en in de familie voorkomende aandoeningen. Daarnaast zijn er nog 2 vragen gesteld naar resp. geboortenummer en jeugd-beleving. In totaal bevat dit deel 83 vragen, die op één blad zijn ondergebracht. Dit blad hoeft bij eventueel periodiek gebruik van de vragenlijst alleen de eerste maal meegestuurd te worden, aangezien de antwoorden constant zijn. De huisarts kan met dit deel de historia morbi in zijn kaart-systeem volledig maken met uitzondering van later bekend wordende familieziekten. Deze zullen echter slechts bij een beperkt aantal toekomstige aandoeningen van belang zijn en een korte aanvullende anamnese kan hem weer volledig op de hoogte brengen. Met opzet zijn overigens bij de vragen naar deze familieziekten carcinomen en hartziekten weggelaten, aangezien het voor de deelnemer belastend kan werken, dat de arts relaties legt tussen deze aandoeningen (die bijna ieder in zijn familie heeft) en zijn eigen gezondheidstoestand.

Een derde deel tenslotte (bijlage I, deel 3) is uitsluitend bestemd voor vrouwen. Het bevat vragen naar klachten of verschijnselen op gynaecologisch gebied en betreffende de mammae. Op de onderste helft van dit blad staan tevens vragen naar vroegere specifieke vrouwen-ziekten en ope-

raties. Bij een eventuele herhaling van het onderzoek kunnen deze laatste vragen ook vervallen. Dit deel bevat 19 vragen.

De nummering der vragen op het anamneseformulier is gebaseerd op de verwerking der gegevens op ponskaarten. De getallen onder 100 zijn gebruikt voor sociale gegevens, die van 100 tot 200 voor vroegere ziekten, familiale aandoeningen en operaties, terwijl de getallen boven 200 vragen naar actuele symptomen en situaties betreffen.

Daar de vragen in het hoofdblad alle betrekking hebben op veranderingen in de gezondheidstoestand, zoals deze zich het laatste jaar hebben voorgedaan, kan dit bij herhaling van het onderzoek ongewijzigd éénmaal per jaar rondgestuurd worden.

In de Cornell Medical Index wordt zeer veel aandacht besteed aan stoornissen op psycho-sociaal gebied. Van de 195 vragen zijn er 50 hieraan gewijd. Een dergelijke verhouding leek mij voor gebruik in ons land door de huisarts enigszins overtrokken. Van de totaal 246 vragen in mijn vragenlijst zijn er 4 gericht op psycho-sociale stoornissen in het verleden, één op het voorkomen van zenuwziekten in de familie en 21 op stoornissen in het heden. Onder deze laatsten vallen ook niet uitgesproken pathologische gewoonten en karaktereigenschappen.

Overeenkomstig de C.M.I. en in tegenstelling tot de vragenlijst van het T.N.O.-onderzoek zijn de vragen per orgaansysteem gebundeld. De theoretische voordelen van het door elkaar plaatsen der vragen zijn:

- a. het vasthouden van de aandacht van de deelnemer
- b. te voorkómen, dat de deelnemer door veel positieve antwoorden in één bepaalde sector zelf een diagnose stelt en daardoor ook andere vragen in die sector positief gaat beantwoorden.

De nadelen van het door elkaar plaatsen der vragen zijn echter:

- a. de gegevens zijn moeilijker op een codeformulier te verwerken, tenzij men bij elkaar behorende vragen ook bij elkaar behorende nummers geeft. Hierdoor gaat echter weer een deel van het als b genoemde voordeel verloren.
- b. bij het T.N.O.-onderzoek had ik gemerkt, dat de inprenting van de afwijkende gegevens door de arts bij door elkaar plaatsen der vragen zeer moeilijk was.
- c. volgens Brodman en Brown kan men bij een in secties ingedeelde vragenlijst reeds enige indruk krijgen over de geestelijke structuur van de deelnemer aan de hand van de verspreiding der 'ja' antwoorden over het formulier. Bij door elkaar plaatsen der vragen kan dat niet.

Na het opstellen van een voorlopige vragenlijst heb ik deze aan 14 mij onbekende personeelsleden van het ziekenfonds 'Arnhem en Omstreken', dat de mechanische bewerking der gecodeerde gegevens geheel belangeloos op zich genomen heeft, ter hand laten stellen en hen (anoniem) enige schriftelijke vragen gesteld over hun indruk over het formulier (tabel 3).



TABEL 3. VRAGEN, GESTELD AAN 14 PERSONEELSLEDEN VAN HET MEDEWERKENDE ZIEKENFONDS, NA HET INVULLEN VAN HET ANAMNESEFORMULIER

1. Hoe vond U de vragenlijst?	goed	14
	te uitgebreid	0
	te weinig uitgebreid	0
	geheel overbodig	0
2. Denkt U dat het voor Uw familie goed zou zijn?	ja	11
	neen	1
	dubieus	2
3. Vindt U dat er onbehoorlijke vragen in staan?	ja	0
Zo ja, welke nummers?	neen	14
4. Zou U wel, als U daarvoor in aanmerking kwam, elk jaar zo'n lijst aan Uw huisarts willen sturen?	ja	14
	neen	0
5. Als U wist dat Uw huisarts op deze manier op de hoogte was, zou U dan vaker of minder vaak naar hem toegaan?	vaker	0
	minder vaak	1
	geen verschil	13
6. Zou U dan bij een nieuwe klacht eerder of later naar hem toegaan?	eerder	6
	later	0
	geen verschil	8
7. Als U een klacht opgegeven had en U zou daar verder niets meer over horen, zou U zich dan minder ongerust over de klacht maken?	ja	7
	geen verschil	7

Ofschoon het aantal personen bij deze enquête gering was, waren de uitkomsten zeer sprekend. Vooral de uitkomsten van de vragen 5 en 6, die een weerspiegeling geven van het theoretische gevaar van valse geruststelling, dat aan elk preventief onderzoek kleeft, waren bemoedigend. Dat 6 personen bij een nieuwe klacht eerder naar hun huisarts zouden gaan en de anderen niet later, was verrassend: het leek of dit formulier een of andere barrière tegen het consulteren wegnam.

Na aldus enig inzicht gekregen te hebben in de gevoelsmatige reacties op het anamneseformulier, heb ik een proefonderzoek gedaan bij alle op dat moment 35-, 69- en 70-jarige cliënten in De Steeg (20 personen). Hierdoor konden nog enige verbeteringen in het formulier aangebracht worden.

Dit proefonderzoek bood tevens de gelegenheid om ervaringen op te doen voor de organisatie van het definitieve onderzoek, waarmee ik in september 1963 begon.

## HOOFDSTUK III

### ORGANISATIE VAN HET ONDERZOEK

#### § 1. ENKELE PRACTIJKGEGEVENS

Sinds 1953 ben ik huisarts in een praktijk, die zich voornamelijk uitstrekt over de, beide tot de gemeente Rheden behorende, dorpen De Steeg en Rheden. Beide dorpen zijn idyllisch gelegen tussen de IJssel en de Veluwezoom. Zij hebben samen 9500 inwoners. Deze krijgen hun geneeskundige verzorging van drie apotheekhoudende huisartsen.

Bij het begin van het onderzoek bestond mijn praktijk in deze dorpen uit 3539 personen van wie er 2730 aangesloten waren bij een ziekenfonds. Het feit, dat beide dorpen door één ziekenfonds ('Arnhem en Omstreken') bestreken worden, welk ziekenfonds bovendien een mechanische ledenadministratie heeft ingevoerd, heeft de opzet van mijn onderzoek aanzienlijk vergemakkelijkt.

Het dorp Rheden is een typisch industriedorp. Er zijn drie grote bedrijven, een betonfabriek, een motorenfabriek en een staal- en aluminium-industrie, waarin samen ongeveer 2000 mensen werken. Daarnaast zijn er nog enkele kleinere bedrijven, waaronder een steenbakkerij. Het dorp heeft zich de laatste jaren snel uitgebreid. Er is een groots opgezet recreatiecentrum met zwembad, kanovijver, sportvelden en tennisbanen gebouwd, terwijl er zich ook een flink winkelcentrum aan het vormen is. Aan de rand van het dorp liggen enkele agrarische bedrijven, die steeds meer in de verdrukking komen door de uitbreiding van het dorp en het omringende wegennet.

De inwoners zijn voor de helft oorspronkelijke bevolking (waarvan de vorige generatie bijna uitsluitend uit arbeiders op steenfabrieken bestond), voor de helft geïmmigreerd. Mijn praktijk omvat relatief veel meer klanten van de oorspronkelijke bevolking dan van de geïmmigreeerde.

Het dorp De Steeg is meer geïnteresseerd op toerisme. Er zijn verschillende hotels en pensions. Er wonen relatief veel forensen en gepensioneerden.

De inwoners van beide dorpen zijn overwegend protestant.

De praktijk is naar mijn inzicht redelijk goed georganiseerd. Er zijn per week 7 vrije spreekuren. Ongeveer 5 uren per week worden besteed aan gemaakte afspraken, waarvan 1 tot 2 uren aan primair psycho-sociale problemen gewijd worden.

Tijdens de spreekuren word ik geassisteerd door een dokterassistent

met een 40-urige werkweek. Deze verzorgt voorts, samen met mijn vrouw die medisch analyste is, het grootste deel van de apotheek-, laboratorium- en administratiewerkzaamheden.

Naast het gewone praktijkwerk doe ik per jaar ongeveer 80 keuringen, voornamelijk voor één der plaatselijke industrieën. De consultatiebureaux voor zuigelingen en kleuters in de beide dorpen worden geleid door artsen van elders. In het dorp Rheden is een vroedvrouw gevestigd. Mede hierdoor is het aantal bevallingen, dat ik zelf per jaar verricht, beperkt tot ongeveer 30.

De plaatselijke collegiale verhoudingen zijn zeer goed, er is een goede zondags- en vakantie-regeling.

Een onderzoek als door mij verricht kan storend werken op de collegiale verhouding, omdat iets extra's in één praktijk al spoedig door de cliënten als iets positiefs van hun arts beleefd wordt. Daarom heb ik met de beide plaatselijke collegae tevoren over het voorgenomen onderzoek gesproken en hun instemming met het plan verkregen.

## § 2. UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

Het was van te voren niet te bepalen hoe groot de deelneming aan het onderzoek zou zijn, noch hoeveel lichamelijke onderzoeken verricht zouden moeten worden. Evenmin was bekend welke invloed dit preventieve onderzoek zou hebben op de hoeveelheid werk van de normale praktijkvoering. Bij het opzetten van het onderzoek ging ik uit van de volgende punten:

1. Beginnen met de 40-jarige cliënten. Men neemt aan, dat vanaf deze leeftijd in toenemende mate diverse ziekteprocessen beginnen (kanker, hart- en vaat-ziekten, diabetes) en de behoefte aan medische adviezen groter wordt (Maatschappijrapport p.g.o.).

2. Een jaar lang zoveel preventieve lichamelijke onderzoeken doen als de praktijkvoering zou toelaten.

Bij de beschrijving moest dikwijls de uitdrukking 'lichamelijk onderzoek' gebruikt worden als onderscheid van het gehele onderzoek als studie. De uitdrukking 'lichamelijk onderzoek' omvat tevens de nadere mondelinge anamnese, het bijbehorende gesprek en het laboratoriumonderzoek.

De deelnemers, die dit lichamelijke onderzoek ondergingen, worden de onderzochte deelnemers of de onderzochten genoemd. Terwille van de leesbaarheid worden woorden als deelnemers, cliënten, patiënten etc. als manlijk beschouwd, hoewel er, tenzij het geslacht met name genoemd is, zowel vrouwen als mannen mee bedoeld zijn.

Op theoretische gronden had ik berekend, dat, wanneer 80% der aangeschrevenen aan het onderzoek zou deelnemen, en 50% der deelnemers lichamelijk onderzocht zou dienen te worden, het mogelijk moest zijn om in één jaar ongeveer 15 jaargangen te onderzoeken; althans wanneer er

zich in dat jaar geen tijdrovende epidemieën zouden voordoen. Deze 15 jaargangen bevatten in mijn praktijk samen ongeveer 650 cliënten. De deelnemers zouden dan in drie leeftijdsklassen van vijf jaar ingedeeld kunnen worden.

De duur van één jaar had tevens het voordeel, dat in de beoordeling van de uitvoerbaarheid van het onderzoek alle seizoeninvloeden op het normale praktijkwerk betrokken zouden kunnen worden.

In september 1963 werd gestart met het rondsturen van de formulieren aan de in 1923 geboren personen. Deze personen worden verder de 40-jarigen genoemd, hoewel sommigen van hen die leeftijd in september nog niet bereikt hadden. Ook de personen, die in 1964 werden benaderd voor het onderzoek, worden genoemd naar de leeftijd, die zij in 1963 bereikt hadden.

Tegen het einde van het onderzoekjaar bleek, dat inderdaad de mogelijkheid bestond, dat 15 jaargangen onderzocht zouden kunnen worden. Het onderzoek, van de eerste dag van verzending tot de laatste dag van lichamelijk onderzoek, moest hiervoor echter twee weken langer dan een jaar duren. Deze twee weken worden verder in de bespreking verwaarloosd, omdat er tussen de verzenddatum van de eerste formulieren en het eerste lichamelijke onderzoek ook een periode van veertien dagen lag. De periode van het verzenden heeft dus een jaar geduurd evenals de periode van lichamelijk onderzoek.

Omdat het o.m. mijn bedoeling was de quantitatieve mogelijkheden voor een dergelijk onderzoek als onderdeel van de normale praktijkvoering na te gaan, heb ik in het onderzoekjaar even lang vakantie genomen als in andere jaren (vijf weken) en geen medische assistentie gehad.

De formulieren werden per jaargang als drukwerk verstuurd met een als brief gefrankeerde retourenveloppe. Aan het formulier was een introductiebrief toegevoegd (bijlage II). In deze brief werd het doel van het onderzoek uiteengezet. Ofschoon het in het begin nog niet zeker was, dat in één jaar 15 jaargangen nagekeken zouden kunnen worden – er staat dan ook niet in dat het onderzoek een jaar zou duren –, was het toch noodzakelijk om een leeftijdsafgrenzing in de brief te vermelden, om te voorkomen, dat allerlei tot mijn praktijk behorende familieleden van de aangeschrevenen na enige tijd bij mij zouden komen met de vraag, wanneer zij zo'n formulier zouden ontvangen.

In de brief werd de aangeschrevene verzocht het formulier binnen drie dagen te retourneren. Dit is een zeer korte tijd. De mogelijkheid bestond, dat men, bij enige dagen afwezigheid, niet mee zou doen omdat deze tijd inmiddels verstreken was. Ik was echter nog meer bevreesd, dat bij een grotere speling van uitstel afstel zou komen.

Na een uiteenzetting over het gebruik van het strookje testape, volgde een aansporing om aan dit onderzoek mee te doen. Onderaan de brief

bevond zich een strookje, waarop de aangeschrevene eventueel kon vermelden, waarom hij niet aan het onderzoek wenste deel te nemen.

Na ontvangst van de ingevulde formulieren werden de gegevens zowel op een werkkaart van het Nederlands Huisartsen Genootschap als op een hiertoe ontworpen codeformulier overgenomen. Iedere deelnemer kreeg een eigen codenummer. In dit nummer waren zijn geslacht, woonplaats, verzekering en geboortejaar verwerkt.

Daarnaast werden de deelnemers op dit codeformulier ingedeeld in drie categorieën van medisch contact.

1. De eerste categorie omvat de personen, die mij geregeld consulteren voor één bepaalde aandoening, zoals chronische bronchitis, recidiverende rugklachten, prolaps behandeld met een pessarium, recidiverende cystitis, eczeem en ulcus cruris. Voorts de patiënten, die ik voor een bepaalde aandoening geregeld thuis bezoek (hartaandoeningen, chronisch reuma, multipale sclerose, carcinoompatiënten).

2. De tweede categorie omvat personen, die mij frequent consulteren voor wisselende klachten of aandoeningen. Als maatstaf hiervoor gold: vier of meer spreekuurbezoeken voor niet met elkaar samenhangende klachten of aandoeningen in de laatste twee jaren voor het begin van het onderzoek.

3. In de derde categorie zijn de overigen ondergebracht: alle personen die mij de laatste twee jaren minder dan vier maal voor wisselende klachten of aandoeningen geconsulteerd hebben. Hieronder vallen dus ook de personen, die ik zeer zelden of nog helemaal niet als patiënt op het spreekuur heb zien verschijnen.

Bij de laatste twee categorieën zijn ongevallen buiten beschouwing gelaten.

Uiteraard is de maatstaf vrij willekeurig en op mijn eigen practijk afgestemd: Zo neemt men aan dat in een stadspractijk de 'consumptie' in het algemeen groter is dan in een plattelandspractijk, waar ik mijn apotheekhoudende practijk ook toe reken.

Dat ik voor de laatste twee categorieën het spreekuur als maatstaf heb genomen en niet de visites, is een gevolg van een niet optimale administratie: niet alle visites voor onbelangrijke aandoeningen zijn genoteerd, alle spreekuurbezoeken wel. Het aantal personen, dat mij geregeld thuis laat komen, terwijl zij op het spreekuur hadden kunnen komen, is in mijn practijk en zeker in deze, in het algemeen vitale en zich sociaal verantwoordelijk voelende, leeftijdscategorie te verwaarlozen.

Onder de chronische patiënten waren er drie, die naast de aandoening, waardoor zij in deze categorie geplaatst zijn, mij ook in de laatste twee jaar voor vier of meer andere aandoeningen geconsulteerd hadden. Zij zijn toch in categorie 1 geplaatst, omdat het niet zeker was, of zij ook voor die aandoeningen gekomen zouden zijn als zij niet voor de chronische aandoening hadden moeten komen. De consulten hiervoor vielen dikwijls samen met die voor de andere aandoeningen.

De groepering der (597) deelnemers in de drie bovengenoemde categorieën gaf de volgende indeling (tabel 4):

**TABEL 4. VERDELING DER 597 DEELNEMERS NAAR DE FREQUENTIE VAN MEDISCHE CONTACTEN PER GESLACHT; IN ABSOLUTE GETALLEN EN PERCENTAGES VAN ALLE DEELNEMERS PER GESLACHT**

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	aantal	perc.	aantal	perc.	aantal	perc.
chronische patiënten	23	8,1	19	6,1	42	7,0
frequent consulterenden	57	20,0	108	34,6	165	27,6
zelden consulterenden	205	71,9	185	59,3	390	65,3
totaal	285	100,0	312	100,0	597	99,9

De categorie personen, die mij zelden consulteert, is duidelijk groter dan de beide andere categorieën samen. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Het percentage der frequent consulterende vrouwen is significant hoger dan dat der mannen ( $P = 0,0002$ ).

Wanneer een ingevuld formulier teruggestuurd was, werd het vergeleken met de reeds in mijn medische administratie aanwezige gegevens. Op grond hiervan werd besloten of het wenselijk was om de deelnemer uit te nodigen voor een nader lichamelijk onderzoek. Deze selectie bood op zichzelf zoveel aspecten en hing zodanig samen met de gegevens van de ingevulde formulieren, dat hieraan een apart hoofdstuk (hoofdstuk V) gewijd wordt.

De uitnodigingen voor nader lichamelijk onderzoek werden eveneens schriftelijk gedaan (bijlage III).

Het regelen van de afspraken voor dit lichamelijke onderzoek verliep vlot, slechts zeer weinig personen hadden bezwaar tegen het door mij voorgestelde uur. Alleen voor vrouwen moest nu en dan een andere tijd afgesproken worden in verband met de menstruatie. Iedereen hield zich prompt aan de afgesproken tijd.

Waar bij afspraken voor curatief werk nogal eens bezwaar gemaakt wordt tegen een bepaald uur en men vrij slordig kan zijn in het opvolgen van de afspraak, kregen wij toch wel de indruk, dat dit onderzoek door de deelnemers in het algemeen als belangrijker beleefd werd dan een normaal curatief contact.

De afspraken werden voor mannen zo mogelijk gesteld op de donderdagavond en zaterdagochtend. Aangezien ik in die tijd op maandag- en vrijdag-middag een vrij spreekuur hield, werden de vrouwen dinsdag, woensdag en donderdag besteld van af één uur.

Tijdens de periode van het lichamelijke onderzoek van de cliënten van één jaargang werden de binnengekomen formulieren van de volgende bestudeerd en nieuwe uitnodigingen voor lichamelijk onderzoek verzonden.

Hierdoor werd het mogelijk zonder onderbreking door te gaan met lichamelijke onderzoeken.

Bij het proefonderzoek was reeds gebleken, dat het voor mij te vermoeiend was om meer dan drie lichamelijke onderzoeken achter elkaar te doen. Bovendien was het soms moeilijk een pas begonnen gesprek over psycho-sociale problemen te beëindigen, omdat een volgende deelnemer aan de beurt was.

Aanvankelijk ontving ik de te onderzoeken persoon eerst in de spreekkamer en stelde hem op de hoogte van de gang van zaken. Daarna bracht ik hem naar de assistente. Later, toen de meesten reeds ingelicht bleken te zijn door eerder onderzochte personen, werden zij direct door de assistente uit de wachtkamer gehaald. Zij onderzocht de candidaat dan achtereenvolgens op:

- lengte (zonder schoenen),
- gewicht (zonder schoenen en jas),
- bloeddruk (met een kwikmanometer en stethoscoop),
- bloedbezinkingssnelheid (volgens Westergren),
- haemoglobinegehalte (volgens Sicca),
- gezichtsscherpte van beide ogen, eventueel met bril, (met een kaart van Snellen op 4 m),
- gehoorscherpthe van beide oren (met fluisterstem naderend vanaf 4 meter).

Het gewicht werd gedeeltelijk gekleed bepaald; een zeer grove methode dus, die echter het voordeel had, dat bij personen, die later onder controle bleven voor gewichtswijkingen, de veranderingen van het gewicht met ongeveer hetzelfde gewicht aan kleding bepaald kon worden.

De bloeddruk werd zittend opgenomen. Twijfelachtige of pathologische waarden werden door mij gecontroleerd.

Daar het bloed voor de bepaling van de bloedbezinkingssnelheid reeds vrij spoedig na het begin van het onderzoek door de assistente werd afgenomen en ingezet, kon ik aan het einde van het lichamelijke onderzoek de hoogte van de bezinkingssnelheid na bijna een uur in mijn oordeel over de gezondheidstoestand van de onderzochte betrekken.

De siccimeter is direct na afloop van het onderzoekjaar opnieuw geijkt; een uitslag van 100% bleek overeen te komen met 16 g % haemoglobine.

De gezichtsscherpte (op 4 meter) van beide ogen werd niet geconjugéerd bepaald.

Eventuele door de assistente gevonden afwijkingen bij de gehoorsbepaling met de fluisterstem werden later door mij gecontroleerd.

Vervolgens werd de meegebrachte urine op albumen, glucose en sedimentafwijkingen en de ontlasting met de benzidinereactie op (occult)

bloed onderzocht. Wanneer deze laatste reactie positief was, zette de assistente een plastic zalfdoosje klaar, en schreef er de naam van de onderzochte op. Na het lichamelijke onderzoek verzocht ik deze dan om gedurende drie dagen een bloedvrij dieet te houden en een beetje van de daarna geproduceerde ontlasting in het doosje te doen en bij mij te laten bezorgen. Daarbij werd afgesproken, dat geen bericht goed bericht zou zijn.

De assistente was ongeveer een half uur met dit onderzoek bezig. Daarna kwam de deelnemer bij mij, terwijl de volgende naar de assistente ging. Tijdens en na het lichamelijke onderzoek door mij werd een gesprek gevoerd over de gevonden afwijkingen, waarbij ten gevolge van aanknopingspunten op het formulier zeer dikwijls ook psycho-sociale problemen ter sprake kwamen.

Aan het einde van dit gesprek legde ik er steeds de nadruk op, dat ook een huisarts geen prospectieve vermogens bezit, en dat mijn inzicht over de gezondheid van de onderzochte niet verder reikte dan mijn kennis en meetinstrumenten; dat men daarom nooit bij toekomstige klachten later naar mij toe moest komen dan anders het geval zou zijn geweest; kortom dat dit onderzoek geen 'gezondheidsgarantie' was.



# HOOFDSTUK IV

## RESULTATEN VAN DE SCHRIFTELIJKE ANAMNESE

### § 1. DEELNEMING AAN HET ONDERZOEK

Bij het begin van het onderzoek bevatte mijn praktijk in de dorpen De Steeg en Rheden 672 cliënten in de leeftijdscategorie van 40 t/m 54 jaar (geboortejaren 1923 t/m 1909). Buiten beschouwing bleven daarbij de personen, die geen vast domicilie in één van de twee dorpen hadden en waarschijnlijk na korte tijd weer zouden vertrekken, zoals buitenlandse arbeiders en gerepatrieerden in contract-pensions. In de loop van het onderzoekjaar vielen 15 van de 672 personen af: door verhuizing 10, door verandering van huisarts 2, door langdurig verblijf in een ziekenhuis 2, en door langdurige afwezigheid 1; hierdoor bleven 657 personen over. Deze werden allen aangeschreven. Het formulier werd door 597 personen, d.i. 90,9%, ingevuld en teruggestuurd. Deze laatsten worden verder de 'deelnemers' aan het onderzoek genoemd.

In tabel 5 zijn de aangeschrevenen ondergebracht in 3 leeftijdsklassen, verdeeld naar geslacht en al dan niet verzekerd zijn. Onder verzekerden worden verstaan de personen, die verplicht of vrijwillig bij een ziekenfonds zijn aangesloten. De overigen worden particulieren genoemd.

TABEL 5. VERDELING DER AANGESCHREVEN PERSONEN NAAR DEELNEMING; PER GESLACHT, LEEFTIJDKLASSE EN AL DAN NIET VERZEKERD ZIJN

	Mannen						Vrouwen					
	aangeschr.		deeln.		deel-nemings-percentage		aangeschr.		deeln.		deel-nemings-percentage	
Leeftijdsklasse	ZF	P	ZF	P	ZF	P	ZF	P	ZF	P	ZF	P
40 t/m 44 jr.	79	22	71	21	89,9	95,5	94	27	92	27	97,9	100,0
45 t/m 49 jr.	86	30	79	28	91,9	93,3	85	25	76	23	89,4	92,0
50 t/m 54 jr.	83	24	67	19	80,7	79,2	75	27	69	25	92,0	92,6
subtotaal	248	76	217	68	87,5	89,5	254	79	237	75	93,3	94,9
totaal	324		285		87,7		333		312		93,7	

ZF = verzekerde

P = particulier

Er was een significant verschil in deelnemingspercentage tussen de drie leeftijdsklassen, zowel voor mannen als voor vrouwen ( $\chi^2$ ;  $2 \times 3$ :  $P = 0,01$  voor mannen en  $P = 0,02$  voor vrouwen). Bij de mannen was dit vooral het gevolg van het relatief lage percentage in de hoogste leeftijdsklasse, bij de vrouwen van het relatief hoge percentage in de laagste leeftijdsklasse.

De deelneming van de mannen was significant lager dan de deelneming van de vrouwen. Vanwege het hierboven gevonden verschil tussen de leeftijdsklassen is bij toetsing gesplitst naar leeftijdsklasse. Na combinatie werd gevonden  $P = 0,01$ .

Tussen particulieren en verzekerden was geen verschil in deelneming aantoonbaar.

De vragenlijst werd door 60 personen niet ingevuld; onder deze bevonden zich 8 echtparen, terwijl van 31 niet-deelnemers de huwelijkspartner wel aan het onderzoek meedeed. Van 9 van deze 60 personen viel de huwelijkspartner buiten de leeftijdsgrenzen van het onderzoek, terwijl 4 niet-deelnemende personen ongehuwd waren.

Van de mogelijkheid om het formulier terug te sturen met het antwoordstrookje onderaan de begeleidende brief, werd 15 maal gebruik gemaakt.

Daarbij bestond bij enkele aangeschrevenen misverstand rond het op dit strookje gebruikte woord 'onderzoek', dat door mij bedoeld was als deelneming door middel van het invullen van het vragenformulier: 3 personen deelden mee niet aan het onderzoek te willen meedoen, terwijl zij tegelijkertijd het formulier ingevuld terugstuurden. Voor hen sloeg het woord 'onderzoek' kennelijk alleen op een eventueel volgend lichamelijk onderzoek.

Overigens kwamen 2 van hen wel in aanmerking voor een nader onderzoek. Beiden gaven hier gevolg aan, zonder dat enige negatieve instelling bleek. Met één van de twee was er zelfs een bijzonder nuttig contact. Het betrof een man, die medegedeeld had niet aan het onderzoek mee te doen, omdat hij 'zijn hele leven niets anders kende als ziekte en narigheid'. Het uitpraten van de inderdaad talloze exogene momenten, die tot zijn depressieve instelling geleid hadden, zoals de extreme armoede in zijn jeugd, verminking door toevallig oorlogsgeweld, het huiselijk milieu nu, hebben hem tot dusver goed gedaan, hetgeen bleek, toen hij na een half jaar weer een nieuwe klap (het onverwacht werkloos worden) moest incasseren.

Van de 12 personen, die het formulier blanco terugstuurden met een ingevuld antwoordstrookje, gaven 2 in hun antwoord duidelijk blijk van een weerstand tegen confrontatie met ziekten:

'elke patiënt mankeert wel wat en na een eventueel onderzoek denkt hij altijd dat het erger is, wat hem nog zieker maakt'.

'Ik tracht wat minder aan al die stof te denken en hier wordt men er met de neus op gedrukt'.

Een zekere angst om als geestelijk gestoord beoordeeld te worden op grond van de (uiteraard) beperkte mogelijkheden van het formulier, bleek uit het volgende antwoord: 'het risico van onjuiste interpretatie der vragen (m.n. 302 t/m 328) is aan deze kant (bedoeld wordt: door de deelnemer) te groot, en diesvolgens een onjuiste interpretatie c.q. duiding aan de andere kant'.

2 Vrouwen deden niet mee omdat zij kortgeleden klinisch nog geheel nagezien

waren, een derde omdat zij van mening was, dat de dokter haar lichaamsgestel voldoende kende, daar zij zo vaak kwam. In werkelijkheid is zij zeker geen frequent hulp vragende patiënte.

4 Personen deelden mee niet aan het onderzoek mee te doen omdat zij zich gezond voelden; 2 dat zij er niets voor voelden.

Geen der aangeschrevenen heeft een blanco formulier teruggestuurd zonder antwoordstrookje; 48 niet-deelnemers stuurden niets terug. Zij zijn allen na vier weken door de assistente bezocht om het formulier weer op te halen. Uit de ontvangst van de assistente bleek nooit een negatieve instelling t.o.v. het onderzoek. Meestal werd weinig commentaar gegeven, hoewel verschillenden 'er niet aan toegekomen waren'. De indruk van de assistente is, dat onder deze 48 niet-deelnemers, die niets teruggestuurd hadden, zeer weinig principiële weigeraars waren, maar dat de meesten niet deelnamen uit ongeïnteresseerdheid, door hen zelf dikwijls vertaald als tijdgebrek. Eénmaal was een aanvang gemaakt met het invullen van het formulier.

In het begin van het onderzoekjaar merkte ik bij mijzelf de neiging, om bewust vriendelijk te zijn tegen degenen, die niet aan het onderzoek deelgenomen hadden, wanneer zij mij daarna consulteerden. Dit is waarschijnlijk een compensatie voor een gevoel van teleurstelling mijnerzijds geweest: in de loop van het jaar, toen steeds duidelijker werd dat de deelneming toch al groter werd dan ik tevoren verwacht had en het onderzoek, althans wat dit punt betrof, succesvol verliep, verdween deze neiging en werd mijn houding normaal. Het werd toen duidelijk, dat de meeste patiënten het hele formulier alweer vergeten hadden. Er zijn mij geen gevallen in de categorie niet-deelnemers bekend, waarbij het sturen van het formulier storend heeft gewerkt op de patiënt-arts relatie.

### *De wijze van deelnemen*

Ofschoon in de begeleidende brief verzocht was het formulier binnen drie dagen terug te sturen, kwamen de meeste formulieren de eerste tien dagen terug, met nadruppelen gedurende vier weken na het verzenden.

Na deze vier weken bezocht de assistente de aangeschrevenen, die nog niet geantwoord hadden. Dikwijls bleek het formulier dan wel ingevuld te zijn, maar het verzenden te wachten op het onderzoek van het strookje testape. Nadrukkelijk had zij de opdracht gekregen, niet aan te dringen op deelneming; slechts te vragen of zij het formulier weer mee mocht nemen, wanneer men niet meedeed. Maar ongetwijfeld heeft dit bezoeken het invullen gestimuleerd bij degenen, bij wie het formulier in het vergeetboek was geraakt. Het viel op, dat de brief slechts twee maal geheel zoek geraakt was.

Hoewel ik meende aan het begin van het formulier duidelijk aangegeven te hebben hoe men het moest invullen en het zelfs met een kinderlijk voor-

beeld geïllustreerd had, zijn er met het invullen toch wel fouten gemaakt. In 7% werden streepjes gezet door het niet-goede antwoord in plaats van een cirkeltje om het goede. Soms ook ging men van de ene manier van beantwoorden plotseling over op een andere. Een enkele maal werden alleen die vragen beantwoord, waar men een klacht over had. Dit maakte het beoordelen van niet beantwoorde neutrale vragen (vragen, waarbij een bevestigend antwoord niet het hebben van een klacht betekent, zoals de nrs. 340 t/m 350) onmogelijk. Vraag 340, d.i. de vraag of de deelnemer een lichamelijk onderzoek wenselijk vindt op grond van onbehandelde klachten, werd zelfs 114 maal niet beantwoord (19%). Bij navraag aan de onderzoekten onder hen gaven zij allen hetzelfde plausibele antwoord, dat zij van oordeel waren de beantwoording van deze vraag geheel aan mij over te moeten laten op grond van de door hen verstrekte gegevens.

Werkelijke moeilijkheden gaven de formulieren, waarin men begonnen was met de eerste vraag, zodat naam, adres en geboortjaar ontbraken. Per exclusionem moest dan nagegaan worden, wie er als afzender in aanmerking kwam. Het extra-blad voor vrouwen en het poststempel Rheden of De Steeg hielpen ons bij dit speurwerk. Het lijkt daarom wenselijk om bij een dergelijke schriftelijke enquête het formulier van te voren van het codenummer van de aangeschreven cliënt te voorzien.

Tijdens de gesprekken met de deelnemers, die later lichamelijk onderzocht werden, bleek dat het formulier dikwijls samen met de huwelijkspartner ingevuld was, waarbij de partner meestal de vragen voorgelezen en het antwoord van de deelnemer ingevuld had. Ik heb echter niet systematisch durven navragen, hoe vaak een positieve reactie op vraag 340 (wenselijkheid van lichamelijk onderzoek) op initiatief van de huwelijkspartner is gegeven. Vooral de mannen leken het dikwijls niet te waarderen, dat ik tijdens het gesprek merkte, dat zij door hun vrouw geholpen waren.

De gemiddelde duur van het invullen van het formulier bedroeg 35 minuten. Tussen beide geslachten en de drie leeftijdsklassen waren er geen duidelijke verschillen in tijdsduur van invullen.

Ondanks de genoemde feilen heeft men mij een schat van gegevens verstrekt, die, hoewel misschien niet in ieder detail betrouwbaar, vaak een verrassend nieuw inzicht gaven in de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van mensen, die ik voor een groot deel toch al geruime tijd redelijk goed meende te kennen.

## § 2. RESULTATEN VAN HET UITWERKEN DER GEGEVENS VAN HET ANAMNESE-FORMULIER

De gegevens, die verzameld werden uit de ingevulde formulieren, worden verdeeld in:

1. Sociale gegevens.
2. Medische gegevens behalve de klachten.
3. Klachten.

## 1. SOCIALE GEGEVENS

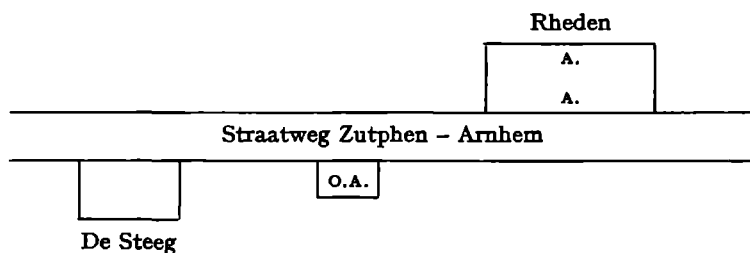
1.1. *Geslacht, woonplaats en al dan niet verzekerd zijn*TABEL 6. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, VERDEELD NAAR WOON-  
PLAATS EN AL DAN NIET VERZEKERD ZIJN

	Mannen		Vrouwen		totaal	percentages per woonplaats
	ZF	P	ZF	P		
Rheden:	188	40	200	35	463	77,6
De Steeg:	29	28	37	40	134	22,4
Totaal	217	68	237	75	597	
Percentages per geslacht	76,1	23,9	76,0	24,0		

ZF = verzekerde      P = particulier

Het ingevulde anamneseformulier werd door 285 mannen en 312 vrouwen teruggezonden.

De praktijk in Rheden is in de leeftijdscategorie 40 t/m 54 jaar bijna drie en een half maal zo groot als die in De Steeg (tabel 6). Dit is in overeenstemming met de grootte der dorpen en de ligging van mijn praktijkwoning. Rheden telt 8000 inwoners, De Steeg 1500. De praktijkwoning ligt tussen de beide dorpen in, terwijl de beide andere plaatselijke artsen in het dorp Rheden wonen.



A = arts      O.A. = onderzoekende arts

Zowel bij mannen als bij vrouwen was de verhouding verzekerde: particulier ongeveer 3 op 1. Van de deelnemers in De Steeg bleek ruim 50% particulier te zijn, van de deelnemers in Rheden 16%. Statistisch is dit

verschil in al dan niet in een ziekenfonds verzekerd zijn tussen de deelnemers in beide dorpen zeer significant voor beide geslachten ( $P < 10^{-6}$ ). Het wordt verklaard door de samenstelling van mijn praktijk in beide dorpen. In Rheden bestaat deze, zoals eerder vermeld, voor het grootste deel uit de oorspronkelijke bevolking, waarvan de mannen in de onderzochte leeftijdscategorie voornamelijk werknemers in de plaatselijke industrieën zijn. In De Steeg wonen relatief meer middenstanders en forensen met een inkomen boven de loongrens.

1.2. *Beroep* Het is niet uitgesloten, dat de sfeer, waarin iemand moet werken, van invloed is op zijn klachtenpatroon (JORES, 1960). De deelnemers zijn naar hun beroep zo ingedeeld, dat een onderscheid gemaakt kon worden tussen werknemers zonder personeel onder zich en leidinggevende personen. De werknemers werden verder verdeeld in personen, die op een vaste plaats met steeds dezelfde medearbeiders naast en boven zich een bepaald werk verrichten (werknemers in een 'gesloten bedrijf': fabrieksarbeiders) en personen, die zonder vast verband met anderen en vaak met enige variatie in de aard en de plaats der werkzaamheden hun arbeid verrichten (werknemers in een 'open bedrijf': bestellers, timmermans- en bakkers-knechten e.d.). De werkgevers van deze laatste arbeiders vallen in de categorie: zelfstandig beroep, evenals de beheerders van éénmansbedrijven. Ook het onderwijzend personeel is hierin ondergebracht. Van kantoorpersoneel werd een aparte categorie gemaakt.

De huisvrouwen werden onderverdeeld in personen, die wel en die geen nevenfunctie hadden, b.v. als medewerkster in een eigen bedrijf of als werkster (tabel 7).

TABEL 7. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, VERDEELD NAAR DE AARD VAN HUN WERKZAAMHEDEN

	Mannen		Vrouwen	
	aantal	perc.	aantal	perc.
1. Werknemer gesloten bedrijf (geen personeel onder zich)	141	49,5	2	0,6
2. Baas of hoger in idem	34	11,9	0	—
3. Werknemer open bedrijf	41	14,4	0	—
4. Zelfstandig beroep (w.o. onderwijzers)	59	20,7	2	0,6
5. Administratief personeel	7	2,5	2	0,6
6. Huisvrouw	—	—	243	77,9
7. Huisvrouw met nevenfunctie	—	—	61	19,6
8. Geen beroep	3	1,1	2	0,6
totaal	285	100,1	312	99,9

Uit tabel 7 blijkt, dat ongeveer de helft der deelnemende mannen werknemer in een gesloten bedrijf is, terwijl vrouwen bijna uitsluitend huisvrouwen zijn, waarvan 20% een nevenfunctie heeft.

De drie mannen zonder beroep zijn invalide door resp. een hartafwijking (leeftijd 51 jaar), een vroegtijdige seniliteit (51 jaar) en een longemphyseem (52 jaar). Eén vrouw is invalide door aangeboren afwijkingen (50 jaar) en de tweede (41 jaar) was zonder beroep, daar het onderzoek plaats vond kort na het overlijden van de persoon, die zij steeds verzorgd had.

### 1.2.1. Beroep en frequentie van medische contacten (tabel 8)

TABEL 8. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, VERDEELD NAAR AARD DER WERKZAAMHEDEN EN DE FREQUENTIE VAN MEDISCHE CONTACTEN

f.c.	Mannen							Vrouwen						
	1	2	3	tot.				1	2	3	tot.			
	aant.	perc.	aant.	perc.	aant.	perc.	aant.	aant.	perc.	aant.	perc.	aant.	perc.	aant.
<i>(zie tabel 7)</i>														
Beroep 1	13	9,2	31	22,0	97	68,8	141	1	1	0		2		
2	1	2,9	9	26,5	24	70,6	34	0	0	0		0		
3	5	12,2	6	14,6	30	73,2	41	0	0	0		0		
4	1	1,7	10	16,9	48	81,4	59	0	0	2		2		
5	0		1		6		7	0	1	1		2		
6	—	—	—	—	—	—	0	13	5,4	88	36,2	142	58,4	243
7	—	—	—	—	—	—	0	5	8,2	18	29,5	38	62,3	61
8	3		0		0		3	0	0	2		2		
Totaal	23	8,1	57	20,0	205	71,9	285	19	6,1	108	34,6	185	59,3	312

fc1 = chronische patiënten

fc 2 = frequent consulterend

fc 3 = zelden consulterend

Percentages zijn alleen berekend bij totalen per geslacht boven 30.

Uit tabel 8, waarin de deelnemers, verdeeld naar de beroepen, vergeleken worden met de frequentie der medische contacten (tabel 4), blijkt dat het percentage chronische patiënten onder de mannelijke werknemers (beroep 1 en 3) significant hoger is dan onder de mannen, die een leidende of zelfstandige functie hebben ( $P = 0,04$ ).

Er is geen verschil aantoonbaar tussen de percentages frequent consulterenden bij mannen, die in een gesloten bedrijf werken (beroep 1 en 2), en bij de overige mannen ( $P = 0,17$ ). Ook tussen de huisvrouwen, die wel en geen nevenfunctie hebben, was geen verschil aantoonbaar in de frequentie van het consulteren.

### 1.3. Burgerlijke staat

De overgrote meerderheid zowel van mannelijke als van vrouwelijke deelnemers is gehuwd, zodat de categorie deelnemers bijna homogeen is ten aanzien van de burgerlijke staat.

TABEL 9. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS VERDEELD NAAR  
BURGERLIJKE STAAT

	Mannen		Vrouwen	
	aantal	perc.	aantal	perc.
ongehuwd	14	4,9	12	3,8
gehuwd	262	91,9	273	87,5
hertrouwd	5	1,8	11	3,5
weduwnaar/wed.	2	0,7	12	3,8
gescheiden	2	0,7	4	1,3
totaal	285	100,0	312	99,9

Het percentage weduwnaars is in deze categorie significant lager dan het percentage weduwen ( $P = 0,02$ ). Alle 12 weduwen waren huisvrouwen, 3 hadden een nevenfunctie.

Hoewel ik de meesten van de 16 hertrouwdten langere tijd ken, was ik van 8 er niet van op de hoogte, dat hun huidige huwelijk niet hun eerste was.

Onder de 535 gehuwde deelnemers bevonden zich 188 echtparen. Van de 159 overigen waren er 31 wier partner niet aan het onderzoek mee deed (hoofdstuk IV, § 1), terwijl van 128, d.i. 23,9% van alle gehuwde deelnemers, de partners buiten de leeftijdsgrenzen van het onderzoek vielen. Dit percentage ligt dermate hoog, dat overwogen dient te worden of het niet beter is, dat de huisarts, die toch primair gezinsarts is, bij een dergelijk onderzoek de indeling in jaargangen per persoon vervangt door een indeling per gezin, waarbij het geboortejaar van de man als gezinshoofd als jaargang geldt. Dit temeer omdat door de personen, die lichamelijk onderzocht werden, dikwijls de teleurstelling geuit werd, dat de huwelijkspartner geen formulier gekregen had.

**1.4. Kerkgenootschap** Daar de drie plaatselijke artsen dezelfde religie hebben en dezelfde mate van kerkelijke activiteit ontplooiën, is het niet waarschijnlijk, dat er een aantoonbare invloed is van het geloof op de artsenkeuze. Van de deelnemers aan het onderzoek behoorden er 97 (16,2%) niet tot enig kerkgenootschap, 386 (64,7%) waren nederlands-hervormd, 34 (5,7%) gereformeerd. De 71 rooms-katholieken maakten 11,9% van de deelnemers uit, terwijl 9 personen (1,5%) een andere religie hadden. De praktijk is dus overwegend protestants.

#### 1.4.1. Kerkgenootschap en steun van godsdienstige overtuiging

Vraag 344 luidde: 'ondervindt U bij moeilijkheden steun van Uw godsdienstige overtuiging'?

Van de 97 niet bij een kerkgenootschap aangesloten personen beantwoordden er 3 deze vraag bevestigend, 80 ontkennend, terwijl 14 van hen



geen antwoord gaven. Tabel 10 geeft van de overige 500 deelnemers de relatie tussen het kerkgenootschap en het vinden van steun in de godsdienstige overtuiging bij moeilijkheden weer.

TABEL 10. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, VERDEELD NAAR HET AL DAN NIET STEUN VINDEN IN HET GELOOFSLEVEN BIJ MOEILIKHEDEN EN NAAR KERKGENOOTSCHAP. DE PERCENTAGES PERSONEN, DIE WEL STEUN VINDEN ZIJN BETROKKEN OP HET AANTAL BEANTWOORDE FORMULIEREN PER KERKGENOOTSCHAP EN GESLACHT

	Mannen					Vrouwen				
	geen antw.	wel steun aant.	geen perc.	steun aant.	totaal	geen antw.	wel steun aant.	geen perc.	steun aant.	totaal
Ned. Herv.	18	37	22,4	128	183	21	56	30,8	126	203
Geref.	1	12	75,0	4	17	4	12	92,3	1	17
R.K.	2	14	46,7	16	32	3	16	44,4	20	39
andere religie	0	2	-	0	2	1	5	-	1	7
totaal	21	65	30,5	148	234	29	89	37,6	148	266

Bij geen der drie religies is een significant verschil aantoonbaar tussen het percentage der vrouwen en der mannen, die in moeilijke omstandigheden steun ondervinden van hun geloof.

De vraag werd door de rooms-katholieken significant vaker positief beantwoord dan door de nederlands-hervormden ( $P = 0,004$ ) en door de gereformeerden weer significant vaker dan door de rooms-katholieken ( $P = 0,002$ ).

De getallen waren te klein om een oordeel te kunnen verkrijgen over een eventuele samenhang tussen de leeftijd of de beroepen en het antwoord op deze vraag.

## 2. MEDISCHE GEGEVENS BEHALVE DE KLACHTEN

2.1. *Vroegere ziekten* De antwoorden over de aantallen vroegere ziekten zijn in tabel 11 weergegeven.

Hoewel ik dit niet systematisch nagegaan heb, bleek een groot aantal vroegere ziekten der deelnemers mij te voren niet bekend te zijn.

Onder de vroegere ziekten is er een aantal, dat duidelijk meer door mannen aangegeven wordt dan door vrouwen (maatstaf  $P < 0,05$ ): tuberculose, maagzweer, nierstenen of nierkolieken, liesbreuken en ernstige ongevallen. De ziekten, die in deze categorie met dezelfde maatstaf meer bij vrouwen dan bij mannen voorkwamen, zijn: diphterie, kinkhoest, bof, bloedarmoede, hoge bloeddruk, zenuwziekte en overspanning, blindedarmontsteking, galstenen of kolieken, nieraandoeningen en blaasontstekingen. Opvallend is het frequente vóórkomen van bof bij beide geslachten vergeleken met andere infectieziekten. Mogelijk vervult het opvallende uiterlijk van deze ziekte een rol bij de herinnering er aan.

TABEL 11. DEELNEMERS, VERDEELD NAAR HUN VROEGERE ZIEKTEN EN NAAR GESLACHT. EEN GLOBALE INDRUK DER PERCENTAGES WORDT VERKREGEN DOOR DELING DER VERMELDE ABSOLUTE AANTALLEN DOOR 3. (AANTAL DEELNEMERS: M = 285; V = 312)

	M	V		M	V
100 diphtherie	9	24	134 blaasontsteking	8	59
101 rode hond	27	42	135 looporen	14	10
102 roodvonk	14	16	136 hooikoorts	5	11
103 kinderverlamming	1	1	137 eczeem	32	32
104 bof	89	125	138 open been	3	5
105 kinkhoest	23	66	139 andere huidziekte	9	12
106 geelzucht	24	37	140 suikerziekte	0	1
107 bedwateren na 8e jaar	11	7	141 liesbreuk	18	3
108 bloedarmoede	5	116	142 thrombose	7	14
109 stuipen na 3e jaar	0	3	143 hersenschudding	25	16
110 zenuwziekte	5	18	144 ernstig ongeval	13	4
111 overspanning	24	45	En welke nog meer		
112 hernia in de rug	20	12	145 .....	19	26
113 ischias	13	19	.....		
114 jeugdrheumatiek	3	4			V
115 gewrichtsrheumatiek	11	13	146 Hebben er zich tijdens		
116 asthma	3	1	zwangerschap, beval-		
117 bronchitis	22	20	ling of kraambd wel		
118 longontsteking	41	38	eens moeilijkheden		
119 pleuritis	8	8	voorgedaan?		35
120 tuberculose	7	1	147 Hebt U wel eens een		
121 hartziekte	6	1	miskraam gehad?		56
122 hoge bloeddruk	5	29	Zo ja, wanneer en met		
123 maagzweer	30	12	hoeveel maanden?		
124 zenuwen op de maag	38	35	in 19.. ..		
125 blindedarmontsteking	44	71	in 19.. ..		
126 aandoening van de			in 19.. ..		
dikke darm	8	18	148 Is Uw huwelijk tot nu		
127 lintworm	3	10	toe kinderloos gebleven?		21
128 galstenen of kolieken	4	26	149 Bent U wel eens geope-		
129 nierstenen of kolieken	22	9	reerd aan een borstont-		
130 dysenterie	6	6	steking?		12
131 malaria	3	4	179 Draagt U een steunring		
132 leverziekte	0	1	tegen een verzakking?		7
133 nierontsteking	8	21			

Door 44 personen werden nog andere vroegere ziekten dan die, waarnaar reeds gevraagd was, vermeld (vraag 145). Een aantal hiervan stond niet op de vragenlijst, zoals: 'Engelse ziekte, keelontsteking, ziekte van Weil, beenmergontsteking, netelroos, ziekte van Pfeiffer, nekkrimp, nierbekkenontsteking, voorhoofdsholte ontsteking, spit'. Naar deze aandoeningen, waarvan de kennis wel belangrijk kan zijn voor het huidige of toekomstige medische beeld van de deelnemer, had ik beter wel kunnen vragen.

Soms ook spraken de vragenlijst en de deelnemer een andere taal: nierontsteking- 'niervergiftiging', eczeem- 'dauwworm', galstenen of kolieken- 'kramp aan de gal', tuberculose-? 'klieren in de hals'.

De lijst van vroegere ziekten kan dus zeker verbeterd worden. Toch zal steeds een middenweg gevonden moeten worden tussen het streven naar volledigheid en het uithoudingsvermogen van de deelnemer. Wanneer uitsluitend gevraagd zou worden 'welke aandoeningen hebt U gehad', bestaat de kans, dat vele aandoeningen vergeten worden, omdat de vraag te veel vrij denken eist.

Op het blad, dat alleen door vrouwen ingevuld moest worden, stonden nog een aantal vragen over vroegere ziekten op verloskundig en gynaecologisch gebied. Het bleek, dat 18,7% der gehuwde of gehuwd geweest zijnde vrouwen één of meer malen een abortus of partus immaturus gehad heeft, waarbij de zwangerschapsduur varieerde van 2 tot 6 maanden.

Bij 7% der vrouwen, die nu 40 jaar of ouder waren, was het huwelijk kinderloos gebleven. Het landelijk percentage voltooide huwelijken, dat steriel gebleven is, is volgens BLIJHAM (1960) 10.

## 2.2. Ziekten van bloedverwanten

TABEL 12. DEELNEMERS, VERDEELD NAAR EEN AANTAL BIJ HUN BLOEDVERWANTEN  
VOORKOMENDE AANDOENINGEN, VERDEELD NAAR DE AARD  
DER BLOEDVERWANTEN

	vader	moeder	broer	zuster	totaal
maagzweer	46	17	56	6	125
galstenen	8	49	4	30	91
nierstenen	20	13	13	5	51
suikerziekte	17	53	5	10	85
tuberculose	13	5	24	9	51
hypertensie	17	57	6	9	89
zenuwziekte	9	14	8	9	40
toevallen	2	1	3	7	13
migraine	4	13	2	8	27
thrombose	13	26	6	8	53

De lijst is vrij willekeurig opgesteld. Om psychologische redenen zijn aandoeningen als hartziekten en carcinomen weggelaten (hoofdstuk II, § 3).

Bij de totale aantallen van deze ziekten moet bedacht worden, dat in mijn practijk verschillende deelnemers dezelfde familieleden hebben. Om deze reden heb ik geen percentages berekend.

Bij het vergelijken van de frequentie van voorkomen van ziekten bij bloedverwanten over twee generaties geldt de beperking, dat men over zijn ouders een uitgebreider levensoverzicht heeft dan over zijn broers en zusters, van wie bovendien de aantallen niet bekend zijn. In de tabel 12

komt wel tot uiting, dat aandoeningen als diabetes en hypertensie pas op latere leeftijd gaan optreden, en daarom wel van de ouders maar (nog) niet van broers en zusters bekend zijn. Alleen epilepsie lijkt meer voor te komen in de jongste van de twee vermelde generaties. Wanneer epileptici echter minder vaak huwen, terwijl hun aanvallen bovendien vooral optreden, voordat zij grote kinderen hebben, is dit verschil in opgave van frequentie van voorkomen over beide generaties reeds gedeeltelijk verklaard.

De geslachtsverdeling over de frequentie van vóórkomen van iedere familie-ziekte loopt parallel met de eigen vroegere ziekten.

**2.3. Jeugdbeleving** De vraag of men een moeilijke jeugd gehad heeft (vraag nr. 064), werd door 35 mannen (12,3%) en 52 vrouwen (16,7%) positief beantwoord. Uit verschillende gesprekken na een lichamelijk onderzoek bleek echter, dat meer deelnemers met overwegend negatieve gevoelens aan hun jeugd terugdachten dan met de antwoorden overeen kwam. Het woord 'moeilijke jeugd' is hier waarschijnlijk niet erg duidelijk geweest. VAN DEN DOOL (1960), die vroeg naar overwegend onprettige herinneringen aan de jeugd, vond een hoger cijfer n.l. 34%.

**2.4. Inentingen** De deelnemende mannen en vrouwen waren voor 95,2% tegen pokken ingeënt. In hun jeugd was deze inenting verplicht voor het volgen van lager onderwijs. 35 Mannen en 13 vrouwen waren ingeënt tegen tetanus, 48 personen waren hier niet zeker van. 47 Personen waren met serum behandeld (tetanus of diphterie), 42 personen waren hier niet zeker van.

**2.5. Overgevoeligheid** 21 Mannen en 37 vrouwen gaven op overgevoelig te reageren. Hierbij zijn echter ten onrechte verschillende stoffen en voedingsmiddelen genoemd, die men niet goed kon verdragen ten gevolge van spijsverteringsstoornissen ('zware kost') en niet mocht gebruiken wegens medische adviezen. Zo werden van de voedingsmiddelen: vet, koolsoorten, peulvruchten, varkensvlees en eieren meer dan eens genoemd. Daar niet bij alle deelnemers een nadere mondelinge anamnese is opgenomen, kon ik deze twee soorten gegevens niet splitsen.

De oorzaken van de 'overgevoeligheidsreacties' waren:

voedingsmiddelen en huishoudelijke middelen	22
medicamenten	23
stoffen	7
temperatuur	1

Van de deelnemers, die overgevoelig waren voor medicamenten, noemden er met name: aspirine 4, verdovingsmiddelen 3, penicilline 2 en telkens 1: tofranil, 'staal', novocodeine, jodium, perubalsem, drank met kalii jodidum, luminal. Eén vrouw achtte zich overgevoelig voor 'de spuit'!

## 2.6. Het bezit en gebruik van corrigerende hulpmiddelen

TABEL 13. DEELNEMERS, VERDEELD NAAR GESLACHT EN AL DAN NIET VERZEKERD ZIJN, DIE IN HET BEZIT ZIJN VAN HULPMIDDELEN. DE PERCENTAGES ZIJN BETROKKEN OP HET TOTAAL AANTAL DEELNEMERS IN DE BETREFFENDE CATEGORIE

tot. aant. deelnemers	Mannen			Vrouwen		
	ZF	P	tot.	ZF	P	tot.
	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.
	217	68	285	237	75	312
voll. kunstgebit	97 44,7	15 22,1	112 39,3	112 47,2	26 34,7	138 44,2
partieel k.gebit	42 19,4	26 38,2	68 23,9	69 29,1	27 36,0	96 30,8
leesbril	98 45,2	34 50,0	132 46,3	124 52,3	47 62,7	171 54,8
bril v. afstand	32 14,8	17 25,0	49 17,2	58 24,5	22 29,3	80 25,6
gehoorapparaat	0 —	1 1,5	1 0,4	0 —	1 1,3	1 0,3
medisch corset	7 3,2	0 —	7 2,5	5 2,1	3 4,0	8 2,6
steunzolen	17 7,8	8 11,8	25 8,8	21 8,9	12 16,0	33 10,6
elast. kousen	7 3,2	0 —	7 2,5	8 3,4	6 8,0	14 4,5

ZF = verzekerde

P = particulier

TABEL 14. DEELNEMERS, OP DEZELFDE WIJZE INGEDEELD, DIE CONSTANT GEBRUIK MAKEN VAN HET BETREFFENDE HULPMIDDEL. DE PERCENTAGES DRUKKEN DE VERHOUDING UIT TOT HET AANTAL PERSONEN IN DIE CATEGORIE, DAT IN HET BEZIT IS VAN HET HULPMIDDEL

	Mannen			Vrouwen		
	ZF	P	tot.	ZF	P	tot.
	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.	aant. perc.
voll. kunstgebit	74 76,3	15 100,0	89 79,5	88 78,6	22 84,6	110 79,7
partieel k.gebit	33 78,6	22 84,6	55 80,9	47 68,1	22 81,5	69 71,9
leesbril	73 74,5	28 82,4	101 76,5	92 74,2	32 68,1	124 72,5
bril v. afstand	28 87,5	15 88,2	43 87,8	45 77,6	17 77,3	62 77,5
gehoorapparaat	0 —	1 100,0	1 100,0	0 —	1 100,0	1 100,0
medisch corset	4 57,1	0 —	4 57,1	5 100,0	2 66,7	7 87,5
steunzolen	14 82,4	7 87,5	21 84	11 52,4	9 75,0	20 60,6
elast. kousen	4 57,1	0 —	4 57,1	5 62,5	3 50,0	8 57,1

ZF = verzekerde

P = particulier

Het bezit van een gedeeltelijk of volledig kunstgebit kwam onder de verzekerden significant minder vaak voor bij mannen dan bij vrouwen ( $P = 0,006$ ). Tussen verzekerden en particulieren waren geen verschillen aantoonbaar (tabel 13).

Ook het percentage mannen, dat een bril voor afstand bezit, was onder de verzekerden lager dan dit percentage voor vrouwen ( $P = 0,01$ ). Er is een aanwijzing, dat mannelijke verzekerden naar verhouding minder brillen voor afstand bezitten dan mannelijke particulieren ( $P = 0,08$ ); bij vrouwen

is dit verschil niet aantoonbaar. Het gecombineerde resultaat wijst op een hoger percentage bij de particulieren ( $P = 0,04$ ).

Wat betreft de leesbrillen is er, voor verzekerden en particulieren afzonderlijk, geen verschil in percentage bezitters tussen mannen en vrouwen aantoonbaar. Het gecombineerde resultaat wijst echter op een hoger percentage bij vrouwen ( $P = 0,04$ ).

Bij het nagaan van het regelmatig gebruik van de verschillende hulpmiddelen (tabel 14) bleek, dat particuliere mannen en vrouwen hun kunstgebit vaker regelmatig droegen dan verzekerden ( $P = 0,03$ ).

TABEL 15. DEELNEMERS, IN HET BEZIT VAN HULPMIDDELEN, VERDEELD NAAR DE AARD VAN DE HULPMIDDELEN EN NAAR LEEFTIJD SKLASSE

leeftijdsklasse	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.	
aantal deelnemers	211	perc.	206	perc.	180	perc.
volledig kunstgebit	67	31,8	88	42,7	95	52,8
ged. kunstgebit	74	35,1	51	24,8	39	21,7
leesbril	49	23,2	112	54,4	142	78,9
afstandsbril	27	12,8	50	24,3	52	28,9
gehoorapparaat	1	0,5	0	0	1	0,6
medisch corset	7	3,3	2	1	6	3,3
steunzolen	18	8,5	22	10,7	18	10
elastische kousen	5	2,4	8	3,9	8	4,4
totaal	248		333		361	
gemiddeld per persoon	1,2		1,6		2,0	

Bij verdeling der deelnemers (mannen en vrouwen samen) in drie leeftijdsklassen (tabel 15), bleek het percentage bezitters van volledige kunstgebitten, groter te zijn naarmate de leeftijd hoger is (trendtoets van VAN EEDEN,  $P = 0,003$ ). Het aantal gedeeltelijke kunstgebitten wordt – waarschijnlijk door vervanging door volledige – dan kleiner (idem:  $P = 0,003$ ).

Verder nemen de percentages bezitters van afstands- en lees-brillen, significant toe met de leeftijd ( $P = 0,001$  resp.  $P < 10^{-6}$ ).

**2.7. Rookgewoonte** Bij de beoordeling van de rookgewoonte is uitsluitend afgegaan op het aantal personen, dat de vraag naar het dagelijks sigaretten roken met 'ja' of 'nee' beantwoord had. Er is niet gevraagd naar pijp- of sigaren-roken, omdat de met mijn onderzoek samenvallende landelijke anti-rookactie ook vooral op het sigaretten roken gericht was.

In tabel 16 komt de algemene ervaring tot uiting, dat aanzienlijk meer mannen dagelijks sigaretten roken dan vrouwen ( $P < 10^{-6}$  voor elk der leeftijdsklassen). Er is bij mannen een aanwijzing, dat deze gewoonte met het stijgen van de leeftijd afneemt, terwijl dit bij vrouwen zeer duidelijk het

TABEL 16. HET AANTAL MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, DAT DAGELIJKS SIGARETTEN ROOKT, VERDEELD NAAR LEEFTIJDskLASSE. TEVENs HET AANTAL ONDERHEN, DAT LIEVER MET SIGARETTEN ROKEN ZOUL WILLEN STOPPEN

leeftijdsklasse	Mannen				Vrouwen			
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	tot.	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	tot.
volledig ingevulde formulieren	89	104	85	278	117	97	92	306
dagelijks sigaretten roken	65	67	51	183	36	22	12	70
percentage	73,0	64,4	60,0	65,8	30,8	22,7	13,0	19,6
Het aantal sigaretten rokende pers. dat er liever mee zou ophouden:	30	13	10	53	20	3	2	25
perc. van sigarettenrokers	46,2	19,4	19,6	28,9	55,6	13,5	16,7	35,7

geval is. (trendtoets van VAN EEDEN: voor mannen  $P = 0,07$ ; voor vrouwen  $P = 0,003$ ).

Van de personen, die aangegeven hadden dagelijks sigaretten te roken, gaf bij de mannen 28,9% en bij de vrouwen 35,7% te kennen hier liever mee te willen ophouden, hetzij om redenen van gezondheid, hetzij vanwege paedagogische motieven. Zowel voor mannen als voor vrouwen bestaat er een significant verband tussen het percentage dergenen, die met het roken willen ophouden en de leeftijd ( $\chi^2$ ;  $2 \times 3$ ; voor mannen  $P = 0,0007$ ; voor vrouwen  $P = 0,002$ ). In beide gevallen is het duidelijk, dat dit te wijten is aan het feit, dat relatief meer personen uit de laagste leeftijdsklasse het sigaretten roken zouden willen staken. Hierbij is op te merken, dat de personen van deze leeftijdsklasse de formulieren voor verreweg het grootste deel beantwoord hebben vóór het begin der anti-rookactie van begin 1964. Deze leeftijdsklasse is zich of de gevaren van het sigaretten roken meer bewust, of de verklaring moet gezocht worden in het feit, dat juist deze categorie meer kinderen heeft van een leeftijd, waarop (openlijk) met roken wordt begonnen.

2.8. *Gewicht en voeding* 36 Mannen (12,6% van alle deelnemende mannen) en 86 vrouwen (27,6%) beoordeelden zich als te dik. Van hen hadden 12 mannen en 45 vrouwen reeds een poging gedaan om te vermageren.

Volgens de mening der deelnemers zelf of die van hun huisgenoten, gebruikten 48 mannen en 52 vrouwen te weinig vlees, melk, groente of fruit. Fruit wordt vooral door mannen te weinig gebruikt (mannen 33, vrouwen 23), melk vooral door vrouwen (mannen 13, vrouwen 23). Groente werd volgens de deelnemers door 13 mannen en 11 vrouwen te weinig gebruikt en vlees door 8 mannen en 8 vrouwen.

## 2.9. Medische contacten

TABEL 17. A. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, DIE TEN TIJDE VAN HET INVULLEN VAN HET FORMULIER ONDER BEHANDELING OF CONTRÔLE VAN HUISARTS OF SPECIALIST WAREN (VRAAG 341), VERDEELD NAAR AL DAN NIET VERZEKERD ZIJN

	Mannen			Vrouwen		
	ZF	P	totaal	ZF	P	totaal
vraag 341 beantwoord	201	65	266	233	72	295
onder behandeling of						
contrôle	29	9	38	41	15	56
percentage	14,4	13,8	14,3	18,4	20,8	19,0

ZF = verzekerde

P = particulier

B. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, DIE LANGER DAN ÉÉN JAAR NIET ONDER BEHANDELING OF CONTRÔLE GEWEEST ZIJN (VRAAG 342), VERDEELD NAAR AL DAN NIET VERZEKERD ZIJN

	Mannen			Vrouwen		
	ZF	P	totaal	ZF	P	totaal
vraag 342 beantwoord	201	64	265	220	73	293
Langer dan 1 jaar niet						
onder behandeling of						
contrôle	96	32	128	88	26	114
percentage	47,8	50,0	48,3	40,0	35,6	38,9

ZF = verzekerde

P = particulier

Bij vergelijking van beide tabellen blijkt dat het aantal mannen, dat op het moment van invullen van het formulier onder controle of behandeling van een specialist of van mij was, nog niet één derde is van het aantal, dat al langer dan een jaar niet onder medisch toezicht is geweest. Ook bij vrouwen is de eerste categorie nog niet de helft van de tweede.

Ook hier wordt dus, evenals in de onderzoeken van VAN DEN DOOL (1960) en VAN DER HEIDE (1959), bevestigd dat het onjuist is te menen, dat 'iedereen tegenwoordig maar om de haverklap naar de dokter loopt'. Het in een constante praktijk toegenomen zijn van het aantal consulten en visites (RUHE, 1957) wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een betrekkelijk kleine categorie personen, die frequenter hulp zijn gaan inroepen.

Het percentage mannen, dat langer dan één jaar niet onder behandeling of controle was geweest, bleek significant hoger te zijn dan dit percentage voor vrouwen (verzekerden en particulieren tezamen  $P = 0,03$ ). Dit is in overeenstemming met de door mij zelf, op grond van de gegevens van mijn kaartstelsel, tevoren gemaakte indeling in drie categorieën van medisch contact. Ook daarbij was het aantal vrouwen, dat mij om vier of meer niet samenhangende redenen geconsulteerd had gedurende de laatste twee



jaar (de frequent consulterenden), groter dan dit aantal bij de mannen (tabel 4).

Op zichzelf wil dit nog niet zeggen, dat mannen zich daarom gezonder voelen dan vrouwen. Zowel de psychologische positie (patiënt zijn betekent hulp zoeken bij een ander) als de economische positie (sommige industrieën betalen het werkverzuim voor bezoek aan de huisarts niet, of slechts ten dele, door) verwekken bij de man een grotere weerstand tegen het consulteren van de huisarts dan bij de vrouw. De mening, dat verzekerden zich meer onder behandeling stellen dan particulieren, werd bij dit onderzoek niet bevestigd. Het percentage der mannen, dat onder behandeling is, is voor verzekerden iets hoger dan voor particulieren en bij vrouwen voor verzekerden iets lager dan voor particulieren. De verschillen blijken echter niet significant te zijn.

TABEL 18

A. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, DIE TEN TIJDE VAN HET INVULLEN VAN HET FORMULIER ONDER BEHANDELING OF CONTRÔLE VAN HUISARTS OF SPECIALIST WAREN (VRAAG 341), VERDEELD NAAR LEEFTIJDSCLASSE

leeftijdsklasse	Mannen			Vrouwen		
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.
vraag 341 beantwoord	87	98	81	116	92	87
onder behandeling of contrôle	13	10	15	18	18	20
percentage	14,9	10,2	18,5	15,5	19,6	23

B. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, DIE LANGER DAN ÉÉN JAAR NIET ONDER BEHANDELING OF CONTRÔLE GEWEEST ZIJN (VRAAG 342), VERDEELD NAAR LEEFTIJDSCLASSE

leeftijdsklasse	Mannen			Vrouwen		
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.
vraag 342 beantwoord	88	98	79	114	92	87
Langer dan één jaar geen behandeling of contrôle	41	51	36	39	40	35
percentage	46,6	52,0	45,6	34,2	43,5	40,2

De indeling in drie leeftijdsklassen (tabel 18) gaf noch bij mannen noch bij vrouwen significante verschillen te zien in het onder behandeling of contrôle zijn ten tijde van het invullen van het formulier. Ook met betrekking tot het langer dan een jaar niet onder behandeling of contrôle zijn bestonden geen verschillen tussen de drie leeftijdsklassen.

2.10. *Röntgenologisch thorax-onderzoek*

TABEL 19. BEOORDELING VAN FREQUENTIE VAN SCHERMBEELDONDERZOEK BIJ DE DEELNEMERS IN DE LAATSTE TWAALF MAANDEN VÒËR HET INVULLEN VAN HET FORMULIER (VRAAG 343), NAAR GESLACHT EN AL DAN NIET VERZEKERD ZIJN

	Mannen			Vrouwen		
	ZF	P	totaal	ZF	P	totaal
vraag 343 beantwoord	209	67	276	234	73	307
schermbeeldonderzoek	166	44	210	109	29	138
percentage	79,4	65,7	76,1	46,6	39,7	45,0

ZF = verzekerde

P = particulier

In tabel 19 is te lezen dat het aantal mannen, dat in de laatste twaalf maanden aan een röntgenologisch thorax-onderzoek heeft deelgenomen, duidelijk groter is dan het aantal vrouwen (bij toetsing: voor verzekerden  $P < 10^{-6}$ , voor particulieren  $P = 0,004$ ). Dit is het gevolg van een jaarlijks schermbeeldonderzoek, dat in de drie grote plaatselijke bedrijven plaats vindt. De echtgenotes der werknemers kunnen hieraan deelnemen, doen dit echter blijkbaar veel minder. Het feit, dat er onder de particuliere cliënten relatief meer mannen zijn, die niet in deze drie bedrijven werken dan onder de verzekerde mannen, zou eveneens kunnen verklaren dat relatief minder particuliere mannen dit onderzoek ondergingen dan verzekerde mannen ( $P = 0,03$ ), terwijl er op dit punt tussen verzekerde en particuliere vrouwen geen significant verschil bestaat.

2.11. *Het intreden van de menopauze* In overeenstemming met de veronderstelling en de bevindingen van DE WAARD (1965), dat de menopauze later intreedt dan men in het algemeen denkt, bleek uit de antwoorden der deelnemende vrouwen, dat het aantal hunner, dat niet meer ongesteld is, pas na het 50e jaar groter is dan het aantal, dat nog wel regelmatig of onregelmatig menstrueert.

TABEL 20. DEELNEEMSTERS, VERDEELD NAAR REGELMATIGE, ONREGELMATIGE EN ONTBREKENDE MENSTRUATIE EN NAAR DE LEEFTIJD IN JAREN

leeftijd	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54 jr.
betreffende vragen be- antwoord	24	20	32	25	18	18	16	22	26	17	20	19	16	19	15
regelmatig ongesteld	18	16	26	18	11	10	6	13	11	5	5	3	-	-	-
onregelmatig ongesteld	2	2	3	7	5	8	4	2	8	4	5	6	1	2	-
niet (meer) ongesteld	4	2	3	-	2	-	6	7	7	8	10	10	15	17	15

In tabel 20 is alleen afgegaan op de formulieren, waarin beide vragen naar de ongesteldheid (vragen 354 en 355) zijn beantwoord. Er is geen rekening

gehouden met eventuele kunstmatige menopauzes. De antwoorden bij de vraag naar gynaecologische operaties (vraag 157) gaven niet steeds een duidelijk inzicht omtrent de aard der operaties. Zij varieerden van 'operaties aan het geslacht' tot 'opruiming van het kippenhok'.

## 2.12. De grootte van het ouderlijke gezin en het eigen rangnummer

TABEL 21. DEELNEMERS, VERDEELD NAAR HET KINDERTAL VAN HUN OUDERS EN HUN EIGEN RANGNUMMER IN HET OUDERLIJK GEZIN

		aantal	%			aantal	%
kindertal	1	19	3,2	rangnummer	1	141	23,6
"	2	60	10,1	"	2	107	17,9
"	3	62	10,4	"	3	66	11,1
"	4	64	10,7	"	4	79	13,2
"	5	64	10,7	"	5	61	10,2
"	6	87	14,6	"	6	48	8,5
"	7	61	10,2	"	7	28	4,7
"	8	46	7,8	"	8	25	4,2
"	9 of meer	132	22,1	"	9 of hoger	39	6,5
niet ingevuld		2	0,3	niet ingevuld		3	0,5
		597	100,0			597	100,4

De indruk, die tabel 21 geeft, dat in mijn praktijk, althans bij de vorige generatie, zeer veel grote gezinnen voorkwamen, is slechts schijnbaar. De verklaring voor het grote aantal deelnemers, dat uit een gezin met negen of meer kinderen komt, moet vooral gezocht worden in de honkvastheid der deelnemers: wanneer b.v. 19 deelnemers vermelden dat zij enig kind zijn, dan vertegenwoordigen zij 19 ouderlijke gezinnen. Vele deelnemers, die uit een groot gezin komen, zijn echter broers of zusters van elkaar, zodat zij veel minder ouderlijke gezinnen vertegenwoordigen dan hun aantal zou doen vermoeden.

Bij de beoordeling van de verdeling der lichamelijke en psycho-sociale klachten bleek er geen verband te vinden tussen het aantal klachten en de grootte van en de plaats in de geboortenrij in het ouderlijk gezin. Evenmin was er enige samenhang aantoonbaar tussen het positief beantwoorden van de vraag of men een moeilijke jeugd had gehad en deze beide gegevens.

**2.13. Operaties** Het was niet mogelijk een overzichtelijke en betrouwbare lijst te maken van de aantallen en de aard der verschillende operaties, die men ondergaan had. Daarom moet volstaan worden met enkele grepen.

De operatiegegevens bevatten vaak een bevestiging van het meer vóór-komen van bepaalde vroeger doorgemaakte ziekten bij één geslacht: zo ondergingen meer mannen een maagoperatie (m. 18 – vr. 16), een breuk-

operatie (m. 25 – vr. 5) en operaties aan het bewegingsapparaat (m. 27 – vr. 15) dan vrouwen. Meer vrouwen ondergingen daarentegen een schildklieroperatie (m. 0 – vr. 4), een blindedarmoperatie (m. 30 – vr. 70) en een galblaasextirpatie (m. 1 – vr. 15).

Het aantal gynaecologische ingrepen is groot in vergelijking met andere operaties bij vrouwen. 18 Maal werd een curettage aangegeven wegens een fluxus of een abortus. 4 Vrouwen zijn geopereerd wegens een extra-uterine graviditeit. 13 Werden geopereerd wegens myomen, terwijl 9 deelnemers een prolapsoperatie ondergaan hadden. Bij 3 vrouwen had een ingreep plaats gevonden wegens steriliteit.

Van 9 vrouwen was het antwoord over de aard der gynaecologische operaties te vaag om te begrijpen wat er bedoeld werd; 3 van hen gaven aan dit niet te weten (zie ook 2.11 van deze paragraaf).

### 3. KLACHTEN

#### *Inleiding*

Een voor de arts in zijn werk telkens terugkerende moeilijkheid is de beoordeling van de grens tussen normaal en pathologisch, m.a.w. waar zijn taak als therapeut begint of ophoudt.

Voor de huisarts speciaal is daarbij niet alleen zijn eigen norm bepalend, maar ook die van zijn patiënt. De intramurale geneeskunde kan zich binnen zekere grenzen aan haar eigen normen van diagnostiek en therapie houden, en de patiënten voor de keus stellen deze norm al dan niet te aanvaarden, met als consequentie al of niet behandeld te worden. De huisarts houdt echter blijvend contact met zijn patiënt, hetgeen een zekere overeenstemming tussen beiden in het te volgen beleid noodzakelijk maakt. Soms is de arts van oordeel, dat nader onderzoek of behandeling noodzakelijk is, d.w.z. hij beoordeelt een bepaald verschijnsel of de mogelijke gevolgen er van als pathologisch, terwijl de patiënt geen behoefte aan nader onderzoek of behandeling heeft. In dit onderzoek kwam dit voor de therapie b.v. tot uiting na het vinden van visusstoornissen, gebitsafwijkingen, een hernia inguinalis, een phimosis. Bij deze verschillen zal de huisarts in het algemeen (met uitzondering van situaties, waarbij de patiënt gevaar voor zijn milieu oplevert) het standpunt van de patiënt, na hem zoveel mogelijk inzicht gegeven te hebben, respecteren.

Iets moeilijker is de verhouding, wanneer de patiënt behoefte gevoelt aan uitgebreider onderzoek of therapie, terwijl de arts dit niet nodig of wenselijk acht. Het ontstaan van relatiestoornissen is dan voor een groot deel afhankelijk van de tact en de deskundigheid van de arts om de patiënt zijn inzicht te doen delen. Dit kost tijd en energie, vooral wanneer de patiënt het niet behandelen beleeft als een beknutting van zijn rechten.

Deze zelfde moeilijkheid van het ontbreken van algemeen aanvaarde normen, deed zich voor bij het opstellen van de vragenlijst. Wanneer de verschijnselen, waarnaar in de vragen 210 tot 339 van het hoofdblad geïnformeerd wordt, nu verder klachten genoemd worden, dan is dit dus een subjectief waardeoordeel van mij. Er dient rekening mee gehouden te worden, dat het geen verschijnselen behoeven te zijn, waarmee de deelnemer zich tot de arts wendt voor behandeling, zoals dat in het algemeen in de curatieve sfeer met klachten het geval is.

Bovendien zijn niet alle verschijnselen van even groot gewicht. Verschijnselen als meer dan zes koppen koffie per dag drinken of meer dan twee maal per dag gebruik maken van alcohol, behoeven op zich zelf niet als afwijking te worden beschouwd, omdat zij kunnen voortvloeien uit een familie- of streek-gewoonte. In combinatie met verschijnselen als slapeloosheid en prikkelbaarheid kunnen zij echter wel op een afwijkende toestand duiden.

Om te voorkómen, dat men nog verschijnselen zou hebben, waarnaar in deze serie vragen niet geïnformeerd is, werd op het einde er van de vraag gesteld of men nog andere klachten had. Deze vraag is door 8 mannen en 3 vrouwen positief beantwoord.

Deze verhouding is in zoverre opmerkelijk, dat mannen de wél gestelde vragen aanzienlijk minder vaak positief beantwoord hebben dan vrouwen. Vier maal betroffen het verschijnselen, waar – zij het met andere woorden – wel naar gevraagd was: 'vuurstippen voor de ogen', 'hartklachten', 'galblaasklachten', 'lekkage urine'. Acht maal werden verschijnselen genoemd, waar inderdaad niet naar gevraagd was: 'nachtelijke spierkrampen' (drie maal), 'wrat', 'nagelbijten', 'af en toe pijn in de linker zij'. Eén man beschreef een 'wandeland pijnlijk gevoel van het ene orgaan naar het andere, jarenlang waargenomen'. De enige bij deze man gevonden afwijking was een duidelijk ondergewicht; mogelijk is er enig verband tussen de afwezigheid van fixerende en beschermende vetophopingen tussen en om sommige organen en zijn klacht.

### *3.1. Verdeling van het totale aantal klachten naar geslacht en leeftijdsklasse*

Tezamen hebben de 597 deelnemers 6415 klachten geuit. Tabel 22 geeft een overzicht van de verdeling van het aantal klachten over de deelnemers, ingedeeld naar geslacht en leeftijdsklasse.

Van de 6415 klachten behoorden er 1559 (24,3%) tot het psycho-sociale gebied. Dit is relatief veel, als men bedenkt, dat van alle 128 op klachten gerichte vragen van het hoofdblad er 21 (16,4%) hierop betrekking hadden.

Vrouwen hadden gemiddeld per persoon 13,2 klachten; mannen 8,1. Het verschil demonstreerde zich zowel op lichamelijk als op psycho-sociaal gebied. Op lichamelijk gebied hadden vrouwen echter 11 vragen meer te beantwoorden dan mannen. Doch ook zonder deze in totaal 325 specifiek vrouwelijke klachten komen vergelijkbare klachten bij hen meer voor.

TABEL 22. VERDELING VAN LICHAAMELIJKE, PSYCHO-SOCIALE EN SPECIFIEK VROUWELIJKE KLACHTEN DER DEELNEMERS, VERDEELD NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD SKLASSE

leeftijdsklasse	Mannen					gem. p. pers.	Vrouwen					gem. p. pers.
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal			
	aant. deeln.	92	107	86	285		119	99	94	312		
aant. lich. kl.	470	633	645	1748	6,1	837	963	983	2783	8,9		
aant.ps.soc.kl.	188	176	184	548	1,9	353	317	341	1011	3,2		
aant.vrouw.kl.						127	121	77	325	1,0		
totaal	658	809	829	2296	8,1	1317	1401	1401	4119	13,2		

Deze verschillen in frequentie van klachten tussen mannen en vrouwen waren zowel voor klachten op lichamelijk als op psycho-sociaal gebied zeer significant ( $P < 0,01$ ), met uitzondering van de klachten op psycho-sociaal gebied in de laagste leeftijdsklasse, waar geen significant verschil werd gevonden.

Dit verschil in aantal klachten tussen mannen en vrouwen komt ook in de Engels-Amerikaanse literatuur over onderzoeken met de C.M.I. dikwijls te voorschijn. (BRODMAN, LORGE en WOLFF, 1953; CULPAN, DAVIES en OPPENHEIM, 1960), evenals bij onderzoeken met personen van oudere leeftijd (STEINHARDT, ZEMAN, TUCKMAN en LORGE, 1953). Bij een onderzoek in de jonge staat Israel kwam dit verschil echter minder tot uiting. ABRAMSON (1965) beschouwt dit als een voortvloeisel uit het andere cultuurpatroon, dat zich in dit land ontwikkelt: in Engeland en de Verenigde Staten zou het cultureel voor vrouwen meer aanvaardbaar zijn om klachten te hebben dan voor mannen.

Aan de hand van (kortheidshalve niet afgedrukte) frequentietabellen van de aantallen lichamelijke en psycho-sociale klachten per persoon kon, met behulp van de toets van Kruskal-Wallis, berekend worden, dat bij de mannen het aantal lichamelijke klachten met de leeftijd toeneemt ( $P = 0,03$ ). Bij vrouwen had de laagste leeftijdsklasse duidelijk minder lichamelijke klachten dan de twee hogere ( $P = 0,001$ ). Op psycho-sociaal gebied waren er voor de beide geslachten geen significante verschillen tussen de respectievelijke leeftijdsklassen aantoonbaar.

Van de 597 deelnemers hadden 16 mannen (5,6%) en 8 vrouwen (2,8%) in het geheel geen klachten. De mogelijke veronderstelling, dat deze mensen hun formulier niet aandachtig beantwoord hebben, wordt tegengesproken door het feit, dat zij hun historia morbi etc. wel serieus ingevuld hebben. Eén van hen vond het trouwens ook wenselijk om lichamelijk onderzocht te worden, hetgeen dan ook gebeurd is.

8 Mannen (2,8%) en 28 vrouwen (9,0%) hadden 30 of meer klachten. De hoogste score is bereikt door een man met 58 klachten.

BRODMAN (1952) en BROWN en FRY (1962) stelden vast, zoals reeds eerder vermeld, dat neurotische patiënten een relatief groot aantal vragen van de C.M.I. positief plachten te beantwoorden. Ieder die blijkens de C.M.I. meer dan 30 klachten had, bleek achteraf 'neurotisch' te zijn. Dit begrip blijft bij deze auteurs echter zo vaag, dat ik op deze basis geen vergelijking met mijn bevindingen kan trekken. Daarnaast was mijn vragenlijst niet identiek met de C.M.I. Wel bleek, dat bij het lichamelijke onderzoek van 33 van de 36 deelnemers met 30 klachten of meer (3 van hen werden niet onderzocht omdat ik hen zeer goed kende; zij zijn inderdaad in hun 'medisch gedrag' buitensporig) bij 28 een emotionele stoornis gevonden werd (voor omschrijving van dit begrip zie hoofdstuk VI, § 1, 21). Bij 4 onderzochte deelnemers kwam een emotionele stoornis niet ter sprake tijdens het lichamelijke onderzoek, maar was deze onderzochten en mij maar al te goed bekend. Bij 1 onderzochte man (met 31 klachten) werd een ernstige systeemziekte vastgesteld, die zijn vele klachten goed verklaarde. Bij alle personen met meer dan 30 klachten was dus, op 1 uitzondering na, een emotionele stoornis aanwezig. Bij 36,4% van alle onderzochte personen werd een emotionele stoornis vastgesteld. De conclusie, dat personen met een groot aantal klachten dikwijls emotioneel gestoord zijn, lijkt dus wel gerechtvaardigd.

### 3.2. *Verdeling van het aantal lichamelijke en psycho-sociale klachten naar geslacht en leeftijd*

Bezien wij tabel 23, dan blijken 28 van de 285 mannen (9,8%) geen enkele lichamelijke klacht te hebben en 102 (35,8%) geen enkele psycho-sociale klacht.

TABEL 23. MANNELIJKE EN VROUWELIJKE DEELNEMERS, VERDEELD NAAR AANTAL LICHAAMELIJKE KLACHTEN EN NAAR AANTAL KLACHTEN OP PSYCHO-SOCIAAL GEBIED

Mannen		psycho-sociale klachten									tot.	perc. lich. kl.
		0	1	2	3	4	5	6	7 t/m 11			
lichamelijke klachten	0	16	7	2	2	0	1	0	0	0	28	9,8
	1-5	62	28	14	4	7	1	3	1	0	120	42,1
	5-10	18	23	15	7	8	4	1	2	1	79	27,7
	10-15	5	10	5	4	1	5	1	3	0	34	11,9
	15-20	0	1	2	0	3	2	1	1	2	12	4,2
	20-30	1	3	0	0	0	2	0	1	2	9	3,2
	> 30	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1,1
	tot.	102	72	38	17	19	15	7	8	7	285	100,0
perc. psycho-soc. kl.		35,8	25,3	13,3	6,0	6,7	5,3	2,5	2,9	2,5	100,3	

Vrouwen		psycho-sociale klachten									tot.	perc. lich. kl.
		0	1	2	3	4	5	6	7 t/m 11	> 11		
lichamelijke klachten	0	8	3	3	0	0	0	0	0	0	14	4,5
	1-5	34	23	6	5	3	3	0	4	0	78	25,0
	5-10	25	25	11	8	9	2	4	5	0	89	28,5
	10-15	5	7	6	14	8	8	3	8	1	60	19,2
	15-20	3	2	3	3	2	5	4	10	0	32	10,3
	20-30	0	2	0	4	3	0	6	10	6	31	9,9
	> 30	0	0	0	0	0	1	1	3	3	8	2,6
tot.		75	62	29	34	25	19	18	40	10	312	100,0
perc. psycho- soc. kl.		24,0	19,9	9,3	10,9	8,0	6,1	5,7	12,8	3,2	99,9	

Van de 312 vrouwen waren er 14 (4,5%) zonder enige lichamelijke en 75 (24%) zonder enige psycho-sociale klacht.

Bij indeling van de deelnemers naar hun lichamelijke klachten in aantallen van 0, 1 tot 5, 5 tot 10, 10 tot 15, 15 tot 20, 20 tot 30 en 30 of meer, en hun klachten op psycho-sociaal gebied van 0 t/m 6, en vervolgens van 7 t/m 11 en meer dan 11, blijken 51,9% der mannen en 29,5% der vrouwen minder dan 5 lichamelijke klachten te hebben. Evenzo blijken 74,4% der mannen en 53,2% der vrouwen minder dan 3 klachten op psycho-sociaal gebied te hebben.

Het aantal personen, dat veel klachten heeft, is bij vrouwen ook groter dan bij mannen. Zo zijn er 38 vrouwen (12,2%) met 20 of meer klachten tegenover 12 mannen (4,2%). Zowel bij mannen als bij vrouwen blijken zij, die relatief weinig lichamelijke klachten hebben, in het algemeen ook relatief weinig klachten op psycho-sociaal gebied te hebben (tabel 23).

BRENNKMAN (1963) vond in zijn huisartsenpraktijk, dat 6,5% van zijn patiënten verantwoordelijk is voor 25% van alle verrichtingen. Hiermee analoog was in ons materiaal (aan de hand van niet afgedrukte frequentie-tabellen) te constateren dat 25% der mannen 60% der lichamelijke klachten heeft en 72% der klachten op psycho-sociaal gebied. Van de vrouwen is 25% de draagster van 54% van alle lichamelijke en 64% van alle psycho-sociale klachten, die door de deelnemende vrouwen geuit zijn.

### 3.3. *Verhouding van het aantal klachten tussen verzekerden en particulieren*

Particuliere mannen hebben significant minder lichamelijke klachten dan verzekerde mannen (Wilcoxon  $P = 0,03$ ) Eveneens op grond van niet afgedrukte frequentietabellen kon nagegaan worden, dat dit verschil voornamelijk veroorzaakt werd door het geringer aantal lichamelijke klachten van particuliere mannen in de leeftijdsklasse van 45 t/m 49 jaar ( $P = 0,01$ ).



TABEL 24. DE BIJDRAGE DER PARTICULIERE MANNEN EN VROUWEN AAN HET TOTALE AANTAL LICHAAMELIJKE, PSYCHO-SOCIALE EN SPECIFIEK VROUWELIJKE KLACHTEN VAN ALLE DEELNEMERS

aantal deelnemers	Mannen			Vrouwen		
	tot.	Part.	perc.	tot.	Part.	perc.
	285	68	23,9	312	75	24,0
aantal lich. kl.	1748	294	16,8	2783	608	21,8
aantal psycho-soc. kl.	548	129	23,5	1011	242	23,9
aantal sp. vrouw. kl.	—	—	—	325	73	22,5
totaal	2296	423	18,4	4119	923	22,4

Ten aanzien van de klachten op psycho-sociaal gebied is tussen deze twee categorieën bij mannen geen verschil aantoonbaar. Tussen particuliere vrouwen en verzekerde vrouwen is noch op lichamelijk, noch op psycho-sociaal gebied enig verschil in aantal klachten aantoonbaar.

#### 3.4. *Samenhang tussen de aard van het beroep en het aantal klachten*

De beroepen waren zodanig ingedeeld, dat de mogelijkheid aanwezig was om een eventuele invloed van de werksfeer op het aantal en de aard der klachten na te gaan. Voor het beoordelen van deze samenhang dienden echter andere, mogelijk van invloed zijnde, factoren als geslacht, leeftijd en wijze van verzekerd zijn geëlimineerd te worden. Hierdoor werden de aantallen van vergelijkbare beroepscategorieën echter zo klein, dat individuele invloeden sterk merkbaar werden: één persoon met 50 klachten zou het klachtengemiddelde van een aldus 'gezuiverde' beroepscategorie duidelijk kunnen doen stijgen. Het was derhalve niet mogelijk om een relatie tussen het beroep en het aantal klachten na te gaan. Wel viel op, dat er van de 16 mannen zonder klachten slechts 3 als werknemers in een gesloten bedrijf werkten, terwijl het totale aantal van deze beroepscategorie de helft van alle deelnemende mannen uitmaakte.

Beroep mannen	totaal	geen klachten	%
werknemer gesloten bedrijf	141	3	2,1
baas of hoger in idem	34	2	5,9
werknemer open bedrijf	41	5	12,2
zelfstandig beroep en onderwijzend			
personeel	59	6	10,2
administratief personeel	7	0	0
geen beroep	3	0	0

9,0

Bij de vrouwen zonder klachten was er geen aantoonbaar verschil in aantal tussen degenen, die wel en die geen nevenfunctie hadden.

Dezelfde moeilijkheid van de te kleine aantallen per categorie deed zich

voor bij de beoordeling van een eventuele samenhang tussen het aantal klachten enerzijds en de religie of de geloofsbeleving anderzijds.

### 3.5. *Relatie tussen jeugdbeleving en het aantal klachten*

TABEL 25. DE VERHOUDING VAN HET AANTAL LICHAAMELIJKE EN PSYCHO-SOCIALE KLACHTEN TUSSEN DE PERSONEN, DIE AANGAVEN EEN MOEILIJKE JEUGD GEHAD TE HEBBEN EN DE OVERIGEN, PER GESLACHT

	Mannen			Vrouwen		
	aantal deeln.	lich. kl.	ps. soc. kl.	aantal deeln.	lich. kl.	ps. soc. kl.
moeilijke jeugd	35	341	128	52	700	318
gemiddeld per persoon		9,7	3,7		13,5	6,1
geen moeilijke jeugd of onbekend	250	1407	420	260	2408	693
gemiddeld per persoon		5,6	1,7		9,3	2,7

Bij beide geslachten hebben personen, die hun jeugd als moeilijk beoordeelden, duidelijk meer lichamelijke en psycho-sociale klachten dan de overigen (tabel 25). Dit wil nog niet zeggen, dat er een causale relatie tussen beide factoren bestaat: het vermelden van veel klachten en van een moeilijke jeugd kan het gevolg zijn van een (karakterogene) verhoogde neiging tot het uiten van veel klachten.

Over de samenhang tussen gebeurtenissen in de jeugd en de wijze van invullen van de Cornell Medical Index is een onderzoek verricht door RYLE (1962). Deze kwam tot de conclusie, dat emotionele traumata in de jeugd van groter invloed waren op een verschuiving van het klachtenpatroon in de richting van 'functioneel-somatische en psychiatrische' klachten dan alleen situaties of gebeurtenissen als ziekte, verlies van ouders of armoede in de jeugd.

### 3.6. *Relatie tussen de frequentie van de medische contacten en het aantal klachten*

Het percentage der mannen zonder lichamelijke klachten is onder de zelden consulterenden significant hoger dan onder de frequent consulterenden ( $P = 0,03$ ). Bij vrouwen zonder lichamelijke klachten is een verschil tussen deze twee categorieën van medisch contact niet aantoonbaar (tabel 26).

Van de 57 mannen en 108 vrouwen, die mij de laatste twee jaar frequent hadden geconsulteerd, was er slechts 1 vrouw, die bij het invullen van het formulier in het geheel geen klachten vermeldde. Deze vrouw had de laatste jaren verschillende nerveuze klachten gehad, ten gevolge van een vrij moeizame inwoning. Enkele maanden voor het invullen van het formulier was hieraan een einde gekomen.

TABEL 26. HET AANTAL DEELNEMERS ZONDER LICHAMELIJKE KLACHTEN EN ZONDER PSYCHO-SOCIALE KLACHTEN EVENALS HET AANTAL LICHAMELIJKE EN PSYCHO-SOCIALE KLACHTEN, VERDEELD NAAR DE FREQUENTIE VAN DE MEDISCHE CONTACTEN EN NAAR GESLACHT

aantal personen	Mannen			Vrouwen		
	chron. pat.	frequent consult.	zelden consult.	chron. pat.	frequent consult.	zelden consult.
	23	57	205	19	108	185
pers. z. lich. kl.	1	1	26	0	3	12
percentage	4,3	1,8	12,7	0	2,8	6,5
pers. z. ps.soc. kl.	6	16	82	1	22	50
percentage	26,1	28,1	40,0	5,3	20,4	27,0
tot. aant. lich. kl.	246	546	956	257	1393	1458
gem. p. pers.	10,7	9,6	4,7	13,5	12,9	7,9
tot. aant. ps. soc. kl.	59	163	326	85	492	434
gem. p. pers.	2,6	2,9	1,6	4,5	4,6	2,3

Blijkens tabel 26 is het gemiddelde aantal lichamelijke en psycho-sociale klachten bij beide geslachten bij de frequent consulterende personen hoger dan bij de zelden consulterende personen. Eveneens blijkt, dat 22 van de frequent consulterende vrouwen en 16 van de dito mannen geen psycho-sociale klachten hadden, tegenover resp. 3 en 1, die geen lichamelijke klachten hadden. De opvatting, dat achter frequent consulteren dikwijls een emotionele stoornis schuil gaat (o.a. BALINT, 1957), kon dan ook in mijn onderzoek, althans anamnestic, niet bevestigd worden. Het aantal personen, dat geen *psycho-sociale* klachten heeft is onder de frequent consulterenden relatief lager dan onder de zelden consulterenden, doch dit verschil is voor mannen noch vrouwen significant; daarentegen is het aantal personen zonder *lichamelijke* klachten onder de frequent consulterenden althans bij mannen significant lager dan onder de zelden consulterenden ( $P = 0,03$ ). Ook de gemiddelde aantallen klachten bevatten geen aanwijzing, dat het verschil tussen zelden en frequent consulterenden vooral gelegen zou zijn in de frequentie van psycho-sociale klachten; dit verschil is in de gemiddelde aantallen lichamelijke klachten relatief minstens even groot.

Vanwege de mogelijkheid, dat emotionele stoornissen in lichamelijke klachten tot uitdrukking komen, kan uit deze uitsluitend anamnestiche gegevens geen verder gaande conclusie getrokken worden. Bij het lichamelijke onderzoek bleek er wél samenhang tussen het vóórkomen van emotionele stoornissen en frequent consulteren te bestaan (hfdst. VI, § 1, 21).

### 3.7. Samenhang tussen psychische spanningen en het aantal klachten

Bij het overnemen van de antwoorden op het anamneseformulier op het codeformulier had ik een aantekening gemaakt, wanneer het mij bekend was, dat er belangrijke spanningen, zoals huwelijksproblemen, financiële moeilijkheden of spanningen op het werk, in het leven van de deelnemer waren. Dit bleek bij 33 mannen (11,6%) en 67 vrouwen (21,5%) het geval te zijn. De aantallen waren bij beide geslachten ongeveer gelijk over de drie leeftijdsklassen verdeeld. Hierdoor werd het mogelijk om het aantal van hun klachten te vergelijken met die overige deelnemers, onder wie zich uiteraard ook personen konden bevinden, die overeenkomstige spanningen hadden, welke mij niet bekend waren.

TABEL 27. HET AANTAL KLACHTEN VAN DEELNEMERS, VAN WIE MIJ TE VOREN BEKEND WAS DAT ZIJ IN EEN SPANNINGSSITUATIE VERKEREN, VERGELEKEN MET HET AANTAL KLACHTEN VAN DE OVERIGE DEELNEMERS PER GESLACHT

	Mannen		Vrouwen	
	deelnemers onder spanning	overige deeln.	deelnemers onder spanning	overige deeln.
totaal aant. deeln.	31	254	67	245
aantal lich. kl.	330	1418	1036	2072
gem. per persoon	10,6	5,6	15,5	8,5
aant. psych.soc. kl.	140	408	405	606
gem. per soon	4,5	1,6	6,0	2,5

Uit tabel 27 blijkt, dat het gemiddelde aantal lichamelijke en psychosociale klachten van de categorie personen met mij tevoren bekende psychische spanningen aanzienlijk boven het gemiddelde van de overige deelnemers ligt.

Bij al deze vergelijkingen van de deelnemers naar het *aantal* klachten, dienen wij ons voor ogen te houden, dat de aantallen op zichzelf geen conclusies wettigen omtrent de gezondheidstoestand der deelnemers. De mogelijkheid bestaat, dat een te onderzoeken categorie door sociaal-culturele factoren of als uitdrukking van een (endogene of exogene) psychische gesteldheid een andere klachtendrempel heeft of krijgt dan de er mee vergeleken categorie.

Om enige indruk te krijgen van de gezondheidstoestand der deelnemers is de *aard* der klachten of hun combinatie van meer belang.

### 3.8. *Aard der klachten*

In tabel 28 vindt men een overzicht van de vragen van het anamnese-formulier, waarvan een positieve beantwoording een klacht inhoudt. Het totale aantal positieve antwoorden bij iedere vraag is verdeeld over beide geslachten en de drie leeftijdsklassen, zowel in absolute getallen als in percentages. De laatsten hebben betrekking op het overeenkomstige aantal deelnemers. Geheel rechts staan de aantallen der mannen en vrouwen, die de betreffende klacht geuit hebben en later lichamelijk onderzocht zijn. Naar dit overzicht zal bij de nu volgende beschrijving der klachten dikwijls verwezen worden.

TABEL 28

*Het aantal deelnemers, dat de op een 'klacht' gerichte vragen positief beantwoord heeft. Indeling per vraag naar geslacht en leeftijdsklasse, in absolute getallen en percentages van de overeenkomstige leeftijdsklasse. Geheel rechts het aantal onderzochte deelnemers per geslacht, dat de betreffende vragen positief heeft beantwoord.*

tabel 28

## Deelnemende mannen

Vraag no.	Leeftijdsklasse totaal	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.		totaal	
		aant. 92	perc.	aant. 107	perc.	aant. 86	perc.	aant. 285	perc.
210	Kunt U, zelfs met een bril, het laatste jaar minder goed lezen of in de verte zien?	4	4,3	22	20,6	19	22,1	45	15,8
211	Hebt U het laatste jaar dikwijls last van tranende of rode, ontstoken ogen?	5	5,4	14	13,1	12	14,0	31	10,9
212	Ziet U overdag meer dan eens zwarte vlekken voor de ogen?	3	3,3	7	6,5	10	11,6	20	7,0
213	Hebt U wel eens heftige pijn aan vallen in of rond de ogen, of ziet U vaak gekleurde kringen om een lamp?	1	1,1	3	2,8	5	5,8	9	3,2
214	Hebt U wel eens last van dubbel zien?	4	4,3	4	3,7	5	5,8	13	4,6
215	Hebt U ernstige hinder van oorsuizen?	1	1,1	4	3,7	6	7,0	11	3,9
216	Hebt U het laatste jaar langer dan een week last van een lopend oor (etterige afscheiding) gehad?	1	1,1	5	4,7	3	3,5	9	3,2
217	Is Uw gehoor het laatste jaar duidelijk minder geworden?	9	9,8	17	15,9	17	19,8	43	15,1
218	Hebt U last van een telkens terugkerende neusverstopping?	8	8,7	1	0,9	9	10,5	18	6,3
219	Hebt U het laatste jaar meer dan eens een flinke neusbloeding gehad?	2	2,2	3	2,8	5	5,8	10	3,5
220	Is, ook buiten een verkoudheid, Uw reuk of smaak het laatste jaar duidelijk minderscherp geworden?	4	4,3	2	1,9	4	4,7	10	3,5
221	Bent U al langer dan een maand hees?	1	1,1	1	0,9	1	1,2	3	1,1
222	Hebt U vaak het gevoel of er een brok in de keel zit?	4	4,3	7	6,5	4	4,7	15	5,3
223	Hebt U vaak keelpijn met koorts en pijnlijk slikken?	4	4,3	2	1,9	1	1,2	7	2,5
224	Hebt U dikwijls het gevoel, dat het eten achter in de keel blijft hangen, of niet wil zakken?	3	3,3	2	1,9	2	2,3	7	2,5
225	Mist U meer dan de helft van Uw (eigen) tanden of kiezen?	19	20,7	34	31,8	21	24,4	74	26,0
226	Zijn Uw tanden of kiezen slecht of vaak ontstoken?	16	17,4	24	22,4	10	11,6	50	17,5
227	Hebt U vaak last van gezwollen of bloedend tandvlees?	2	2,2	0	—	2	2,3	4	1,4
228	Ondervindt U voortdurend hinder van een droge of pijnlijke mond of tong, of van een vieze smaak in de mond?	7	7,6	7	6,5	8	9,3	22	7,7

Deelnemende vrouwen									Onderzochten	
Vraag no	40 t/m aant 119	44 jr perc	45 t/m aant 99	49 jr perc	50 t/m aant 94	54 jr perc	totaal aant 312	perc	mannen aant 135	vrouwen aant 197
210	18	15,1	23	23,2	34	36,2	75	24,0	23	56
211	11	9,2	12	12,1	18	19,1	41	13,1	18	31
212	14	11,8	16	16,2	18	19,1	48	15,4	11	42
213	6	5,0	5	5,1	9	9,6	20	6,4	4	16
214	3	2,5	9	9,1	6	6,4	18	5,8	11	17
215	4	3,4	4	4,0	9	9,6	17	5,4	8	17
216	0	—	0	—	0	—	0	—	7	0
217	7	5,9	11	11,1	9	9,6	27	8,7	29	21
218	14	11,8	14	14,1	5	5,3	33	10,6	14	24
219	3	2,5	4	4,0	1	1,1	8	2,6	6	7
220	6	5,0	5	5,1	3	3,2	14	4,5	7	9
221	1	0,8	1	1,0	0	—	2	0,6	3	1
222	6	5,0	9	9,1	18	19,1	33	10,6	14	25
223	4	3,4	3	3,0	1	1,1	8	2,6	6	5
224	1	0,8	1	1,0	8	8,5	10	3,2	6	9
225	33	27,7	21	21,2	34	36,2	88	28,2	36	63
226	27	22,7	10	10,1	20	21,3	57	18,3	22	34
227	4	3,4	2	2,0	6	6,4	12	3,8	0	9
228	10	8,4	7	7,1	8	8,5	25	8,0	15	22

tabel 28

## Deelnemende mannen

Vraag no.	Leeftijdsklasse totaal	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.		totaal	
		aant. 92	perc.	aant. 107	perc.	aant. 86	perc.	aant. 285	perc.
229	Hebt U veel last van hardnekkige kloven in de mondhoeken?	1	1,1	3	2,8	3	3,5	7	2,5
230	Hebt U voortdurend last van overvloedig speeksel?	1	1,1	3	2,8	3	3,5	7	2,5
231	Is Uw hals het laatste jaar vooral aan de voorkant dikker geworden (schildkliervergroting, struma)?	0	—	0	—	0	—	0	—
232	Hebt U veel hinder van kraken in de nek?	3	3,3	4	3,7	7	8,1	14	4,9
233	Hebt U de laatste tijd zoveel last van haaruitval, dat het voor anderen duidelijk zichtbaar is?	17	18,5	12	11,2	14	16,3	43	15,1
234	Zweet U 's nachts veel?	5	5,4	8	7,5	4	4,7	17	6,0
235	Voelt U zich de laatste tijd vaak ziek of koortsig (warm, rillerig, sterk zweten)?	1	1,1	8	7,5	7	8,1	16	5,6
236	Bent U het laatste jaar meer dan 10 pond aangekomen, terwijl U toch zeer matig met eten en drinken was?	7	7,6	4	3,7	7	8,1	18	6,3
237	Bent U de laatste tijd duidelijk afgevallen, zonder dat U daar een speciaal dieet voor hield?	2	2,2	2	1,9	2	2,3	6	2,1
238	Hebt U al langer dan een maand een slechte eetlust?	2	2,2	3	2,8	3	3,5	8	2,8
239	Is de eetlust voor Uw doen de laatste tijd abnormaal groot geworden?	1	1,1	1	0,9	0	—	2	0,7
240	Hebt U de laatste tijd een overmatige dorst?	3	3,3	3	2,8	6	7,0	12	4,2
241	Klaagt U de laatste tijd over een, voor U onbekende, lusteloosheid of spoedige vermoeidheid?	6	6,5	16	15,0	8	9,3	30	10,5
242	Gebruikt U vaak medicijnen op eigen initiatief? Zo ja, welke: .....	3	3,3	7	6,5	7	8,1	17	6,0
243	Krijgt U wel eens een wringende pijn op de borst als U zich inspant (trappen lopen, tegen de wind in fietsen) of als U in de kou komt?	9	9,8	7	6,5	11	12,8	27	9,5
244	Zo ja, straalt deze pijn dan uit naar armen, keel of de kaken?	1	1,1	2	1,9	2	2,3	5	1,8
245	Hebt U pijn op de borst die alleen bij opwindning optreedt? Of treedt de pijn op in rust (bijv. in bed)?	7	7,6	6	5,6	10	11,6	23	8,1
246	Hebt U hinder van herhaaldelijk optredende hartkloppingen, hartbonzen of onregelmatige hartslag?	8	8,7	9	8,4	11	12,8	28	9,8



Vraag no.	Deelnemende vrouwen								Onderzochten	
	40 t/m 44 jr. aant. 119	perc.	45 t/m 49 jr. aant. 99	perc.	50 t/m 54 jr. aant. 94	perc.	totaal aant. perc. 312		mannen aant. 135	vrouwen aant. 197
229	2	1,7	3	3,0	5	5,3	10	3,2	4	9
230	3	2,5	2	2,0	2	2,1	7	2,2	5	5
231	4	3,4	1	1,0	2	2,1	7	2,2	0	5
232	12	10,1	15	15,2	14	14,9	41	13,1	11	29
233	3	2,5	3	3,0	2	2,1	8	2,6	27	8
234	7	5,9	6	6,1	20	21,3	33	10,6	15	24
235	7	5,9	7	7,1	11	11,7	25	8,0	11	22
236	17	14,3	25	25,3	10	10,6	52	16,7	13	37
237	7	5,9	4	4,0	7	7,4	18	5,8	6	12
238	5	4,2	4	4,0	3	3,2	12	3,8	7	10
239	5	4,2	5	5,1	1	1,1	11	3,5	1	10
240	7	5,9	8	8,1	11	11,7	26	8,3	10	19
241	24	20,2	25	25,3	28	29,8	77	24,7	25	62
242	11	9,2	15	15,2	13	13,8	39	12,5	11	25
243	17	14,3	13	13,1	11	11,7	41	13,1	23	36
244	5	4,2	7	7,1	7	7,4	19	6,1	5	17
245	7	5,9	7	7,1	11	11,7	25	8,0	16	20
246	18	15,1	15	15,2	16	17,0	49	15,7	18	40

tabel 28

## Deelnemende mannen

Vraag no.	Leeftijdsklasse totaal	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.		totaal	
		aant. 92	perc.	aant. 107	perc.	aant. 86	perc.	aant. 285	perc.
247	Bent U bij enige inspanning duidelijk sneller buiten adem dan de meesten van Uw leeftijd?	15	16,3	13	12,1	15	17,4	43	15,1
248	Hebt U vaak dikke enkels of voeten, waarin de afdruk van kousen of voeten blijft staan, of waarin U met de vingers een putje kunt drukken?	1	1,1	1	0,9	2	2,3	4	1,4
249	Moet U in bed wel eens overeind gaan zitten, omdat U zich liggend onprettig, onrustig of benauwd voelt, of omdat U het gevoel hebt, dat U niet genoeg lucht kunt krijgen?	5	5,4	1	0,9	8	9,3	14	4,9
250	Hebt U zelfs bij warm weer last van koude voeten of handen, of hebt U herhaaldelijk witte ('dode') vingers?	9	9,8	4	3,7	8	9,3	21	7,4
251	Krijgt U na een paar honderd meter lopen of eerder zoveel pijn in de kuit, dat U moet blijven staan om de pijn te laten zakken?	1	1,1	2	1,9	1	1,2	4	1,4
252	Wordt U in Uw werk gehinderd door spataderen of telkens terugkerende zweren aan de benen?	0	—	2	1,9	2	2,3	4	1,4
253	Moet U al langer dan een maand dikwijls hoesten?	10	10,9	11	10,3	8	9,3	29	10,2
254	Geeft U vaak en veel slijm op?	8	8,7	9	8,4	13	15,1	30	10,5
255	Geeft U wel eens bloederig slijm op?	1	1,1	0	—	1	1,2	2	0,7
256	Hebt U het laatste jaar wel eens aanvallen gehad van benauwdheid met piepen of zagen op de borst?	11	12,0	10	9,3	17	19,8	38	13,3
257	Hebt U een snijdende pijn op de borst of in de rug bij diep doorzuchten of hoesten?	3	3,3	1	0,9	4	4,7	8	2,8
258	Gunt U zich als regel te weinig tijd om rustig te eten? Hebt U de laatste tijd meer dan eens last van:	12	13,0	9	8,4	15	17,4	36	12,6
259	maagpijn	4	4,3	7	6,5	5	5,8	16	5,6
260	maagzuur	13	14,1	10	9,3	10	11,6	33	11,6
261	opboeren	9	9,8	11	10,3	9	10,5	29	10,2
262	opgezette maag	6	6,5	11	10,3	13	15,1	30	10,5
	Hebt U het laatste jaar meer dan eens, of zelfs regelmatig last van de volgende verschijnselen:								

Vraag no.	Deelnemende vrouwen								Onderzochten	
	40 t/m 44 jr. aant. 119	perc.	45 t/m 49 jr. aant. 99	perc.	50 t/m 54 jr. aant 94	perc.	totaal aant. perc. 312		mannen aant 135	vrouwen aant. 197
247	20	16,8	17	17,2	15	16,0	52	16,7	30	42
248	11	9,2	30	30,3	19	20,2	60	19,2	2	48
249	7	5,9	15	15,2	14	14,9	36	11,5	8	32
250	16	13,4	20	20,2	11	11,7	47	15,1	13	37
251	1	0,8	0	—	3	3,2	4	1,3	4	4
252	1	0,8	3	3,0	3	3,2	7	2,2	4	5
253	8	6,7	7	7,1	1	1,1	16	5,1	24	15
254	8	6,7	2	2,0	1	1,1	11	3,5	23	10
255	1	0,8	1	1,0	1	1,1	3	1,0	2	1
256	11	9,2	6	6,1	3	3,2	20	6,4	26	16
257	3	2,5	4	4,0	3	3,2	10	3,2	6	10
258	15	12,6	10	10,1	7	7,4	32	10,3	28	24
259	13	10,9	7	7,1	5	5,3	25	8,0	12	17
260	16	13,4	9	9,1	11	11,7	36	11,5	22	30
261	11	9,2	14	14,1	11	11,7	36	11,5	26	32
262	10	8,4	10	10,1	10	10,6	30	9,6	26	27

tabel 28

## Deelnemende mannen

Vraag no	Leeftijdsklasse totaal	40 t/m 44 jr		45 t/m 49 jr		50 t/m 54 jr		totaal	
		aant 92	perc.	aant 107	perc.	aant 86	perc.	aant. 285	perc.
263 Misselijkheid of braken?		2	2,2	3	2,8	2	2,3	7	2,5
264 Zeurende buikpijn?		4	4,3	4	3,7	5	5,8	13	4,6
265 Rommelen of borrelen in de buik?		11	12,0	10	9,3	8	9,3	29	10,2
266 Opgezetten buik?		3	3,3	8	7,5	10	11,6	21	7,4
267 Hardnekkige verstopping?		1	1,1	2	1,9	4	4,7	7	2,5
268 Meermalen per dag dunne ontlasting (diarree)?		3	3,3	3	2,8	3	3,5	9	3,2
269 Perioden van verstopping afgewisseld door diarree?		1	1,1	0	—	0	—	1	0,4
270 Pijnlijke afgang (stoelgang)?		3	3,3	3	2,8	1	1,2	7	2,5
271 Pijnlijke of kramperige, vergeefse, aandrang na de stoelgang?		1	1,1	4	3,7	1	1,2	6	2,1
272 Hebt U wel eens, zonder gebruik van geneesmiddelen, pikzwarte (teerachtige) ontlasting, of ziet U dikwijls bloed aan de ontlasting?		2	2,2	0	—	0	—	2	0,7
273 Krijgt U buikpijn na een vetrijke maaltijd?		3	3,3	2	1,9	4	4,7	9	3,2
274 Veroorzaken herhaaldelijke huiduitslag of jeuk U ernstige hinder?		3	3,3	6	5,6	5	5,8	14	4,9
275 Hebt U regelmatig last van steenpuisten?		0	—	1	0,9	3	3,5	4	1,4
276 Hebt U de laatste tijd abnormale knobbels, gezwellen, groeiende verkleuringen of andere afwijkingen aan de huid waargenomen?		5	5,4	3	2,8	4	4,7	12	4,2
277 Hebt U een zwelling bij de liezen, bij de uitwendige geslachtsorganen of bij de navel?		1	1,1	3	2,8	2	2,3	6	2,1
278 Zo ja, wordt deze groter bij niezen of persen, of moet U er dan Uw hand tegenaan drukken?		0	—	0	—	2	2,3	2	0,7
279 Hebt U dagelijks last van vermoeide of pijnlijke voeten?		11	12,0	11	10,3	10	11,6	32	11,2
280 Heeft Uw omgeving last van Uw transpirerende (zweet) voeten?		17	18,5	11	10,3	7	8,1	35	12,3
281 Zijn Uw gewrichten wel eens pijnlijk gezwollen?		1	1,1	3	2,8	3	3,5	7	2,5
282 Bent U de laatste tijd sterk verkromd en in elkaar gezakt? Hebt U de laatste tijd voortdurend pijn in één of beide		1	1,1	1	0,9	2	2,3	4	1,4
283 vingers		2	2,2	5	4,7	4	4,7	11	3,9
284 polsen		1	1,1	8	7,5	3	3,5	12	4,2
285 ellebogen		0	—	9	8,4	5	5,8	14	4,9
286 schouders		5	5,4	14	13,1	9	10,5	28	9,8
287 onderarmen		1	1,1	4	3,7	5	5,8	10	3,5

Vraag no.	Vrouwen								Onderzochten	
	40t/m44 jr.		45t/m49 jr.		50t/m54 jr.		totaal		mannen	vrouwen
	aant. 119	perc.	aant. 99	perc.	aant. 94	perc.	aant. 312	perc.	aant. 135	aant. 197
263	8	6,7	10	10,1	8	8,5	26	8,3	5	25
264	7	5,9	10	10,1	4	4,3	21	6,7	12	19
265	10	8,4	10	10,1	7	7,4	27	8,7	23	22
266	12	10,1	21	21,2	15	16,0	48	15,4	17	41
267	6	5,0	17	17,2	12	12,8	35	11,2	6	29
268	3	2,5	2	2,0	0	—	5	1,6	7	3
269	5	4,2	5	5,1	2	2,1	12	3,8	1	11
270	4	3,4	10	10,1	3	3,2	17	5,4	5	15
271	1	0,8	6	6,1	1	1,1	8	2,6	5	6
272	0	—	4	4,0	2	2,1	6	1,9	2	6
273	8	6,7	7	7,1	6	6,4	21	6,7	7	19
274	3	2,5	14	14,1	11	11,7	28	9,0	13	25
275	0	—	0	—	1	1,1	1	0,3	4	1
276	2	1,7	4	4,0	3	3,2	9	2,9	10	7
277	2	1,7	2	2,0	1	1,1	5	1,6	5	5
278	0	—	0	—	1	1,1	1	0,3	1	1
279	18	15,1	36	36,4	29	30,9	83	26,6	24	57
280	2	1,7	0	—	4	4,3	6	1,9	23	3
281	3	2,5	9	9,1	11	11,7	23	7,4	4	19
282	0	—	1	1,0	1	1,1	2	0,6	3	2
283	4	3,4	9	9,1	16	17,0	29	9,3	8	24
284	1	0,8	5	5,1	7	7,4	13	4,2	10	9
285	5	4,2	5	5,1	6	6,4	16	5,1	8	12
286	11	9,2	10	10,1	14	14,9	35	11,2	19	27
287	1	0,8	2	2,0	5	5,3	8	2,6	7	6

tabel 28

Deelnemende mannen

Vraag no	Leeftijdsklasse totaal	40 t/m 44 jr		45 t/m 49 jr		50 t/m 54 jr		totaal	
		aant 92	perc	aant 107	perc	aant 86	perc	aant 285	perc
288 bovenarmen		3	3,3	9	8,4	9	10,5	21	7,4
289 heupen		1	1,1	5	4,7	8	9,3	14	4,9
290 knieën		8	8,7	6	5,6	5	5,8	19	6,7
291 enkels		3	3,3	3	2,8	4	4,7	10	3,5
292 voeten		3	3,3	5	4,7	5	5,8	13	4,6
293 bovenbenen		4	4,3	6	5,6	7	8,1	17	6,0
294 onderbenen		4	4,3	5	4,7	5	5,8	14	4,9
295 Hebt U het laatste jaar meer dan eens aanvallen van rugpijn gehad, zo, dat U niet kon werken of slapen?		10	10,9	13	12,1	10	11,6	33	11,6
296 Hebt U wel eens pijscheuten in derug, die doorstralen in de benen?		11	12,0	12	11,2	12	14,0	35	12,3
297 Hebt U last van herhaaldelijk beven of trillen?		0	—	7	6,5	4	4,7	11	3,9
298 Bent U de laatste tijd opvallend veel trager van reactie geworden?		1	1,1	2	1,9	4	4,7	7	2,5
299 Laat Uw geheugen U dikwijls in de steek?		5	5,4	3	2,8	9	10,5	17	6,0
300 Hebt U herhaaldelijk duizelingen (dolheid), evenwichtsstoornissen of ernstige moeite in het donker rechttuit te lopen?		4	4,3	3	2,8	7	8,1	14	4,9
301 Bent U bij vlagen of voortdurend erg suf of slapeng overdag?		4	4,3	8	7,5	9	10,5	21	7,4
302 Lijdt U aan een telkens terugkerende hoofdpijn of een onophoudelijk dof gevoel in het hoofd, waardoor U moeite met Uw werk hebt?		6	6,5	13	12,1	8	9,3	27	9,5
303 Hebt U dikwijls aanvallen van heftige (schele) hoofdpijn, die samengaat met misselijkheid of braken?		2	2,2	6	5,6	3	3,5	11	3,9
Hebt U het laatste jaar wel eens tijden van voorbijgaande <i>kracheloosheid</i> gehad in één of beide									
304 armen?		4	4,3	7	6,5	2	2,3	13	4,6
305 benen?		3	3,3	2	1,9	3	3,5	8	2,8
Hebt U herhaaldelijk een doof, prikkelend of pijnlijk gevoel in één of beide									
306 armen?		5	5,4	11	10,3	12	14,0	28	9,8
307 benen?		7	7,6	8	7,5	11	12,8	26	9,1
308 Hebt U vaak tijden, dat U zich de hele dag doodmoe voelt, ook al doet U geen zwaar werk?		8	8,7	9	8,4	6	7,0	23	8,1

Deelnemende vrouwen									Onderzochten		
Vraag no.	40 t/m 44 jr. aant. 119	perc.	45 t/m 49 jr. aant. 99	perc.	50 t/m 54 jr. aant. 94	perc.	:	totaal aant. 312	perc.	mannen aant. 135	vrouwen aant. 197
288	9	7,6	14	14,1	18	19,1		41	13,1	17	33
289	5	4,2	6	6,1	12	12,8		23	7,4	11	22
290	5	4,2	10	10,1	18	19,1		33	10,6	13	27
291	4	3,4	8	8,1	13	13,8		25	8,0	8	20
292	7	5,9	19	19,2	20	21,3		46	14,7	9	36
293	9	7,6	9	9,1	10	10,6		28	9,0	12	20
294	8	6,7	5	5,1	12	12,8		25	8,0	12	20
295	14	11,8	13	13,1	18	19,1		45	14,4	22	34
296	9	7,6	8	8,1	10	10,6		27	8,7	21	22
297	12	10,1	10	10,1	5	5,3		27	8,7	10	23
298	4	3,4	6	6,1	12	12,8		22	7,1	4	18
299	13	10,9	13	13,1	16	17,0		42	13,5	8	30
300	10	8,4	9	9,1	12	12,8		31	9,9	12	27
301	18	15,1	19	19,2	16	17,0		53	17,0	15	43
302	28	23,5	32	32,3	21	22,3		81	26,0	20	67
303	17	14,3	17	17,2	7	7,4		41	13,1	7	34
304	7	5,9	8	8,1	10	10,6		25	8,0	11	19
305	2	1,7	4	4,0	7	7,4		13	4,2	4	10
306	11	9,2	13	13,1	14	14,9		38	12,2	21	31
307	7	5,9	13	13,1	16	17,0		36	11,5	19	29
308	26	21,8	33	33,3	23	24,5		82	26,3	22	69

tabel 28

## Deelnemende mannen

Vraag no.	Leeftijdsklasse totaal	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.		totaal	
		aant. 92	perc.	aant. 107	perc.	aant. 86	perc.	aant. 285	perc.
309	Bent U bij het opstaan meestal al moe?	5	5,4	5	4,7	5	5,8	15	5,3
310	Lijdt U voortdurend aan slapeloosheid?	1	1,1	3	2,8	8	9,3	12	4,2
311	Gebruikt U per dag meestal meer dan tweemaal een borrel, een glas bier of een soortgelijke drank?	4	4,3	3	2,8	4	4,7	11	3,9
312	Drinkt U meer dan 6 koppen koffie per dag?	18	19,6	24	22,4	9	10,5	51	17,9
313	Raakt U in de war als U de dingen snel moet doen?	4	4,3	5	4,7	6	7,0	15	5,3
314	Stoort het U, als men U op de vingers kijkt?	16	17,4	14	13,1	17	19,8	47	16,5
315	Vindt U het onaangenaam om alleen te zijn?	19	20,7	16	15,0	17	19,8	52	18,2
316	Valt het U moeilijk besluiten te nemen?	13	14,1	8	7,5	15	17,4	36	12,6
317	Bent U in bed opnieuw bezig met de nare of bijzondere zaken van de afgelopen dag?	21	22,8	17	15,9	15	17,4	53	18,6
318	Voelt U zich vaak eenzaam of onbegrepen?	1	1,1	1	0,9	7	8,1	9	3,2
319	Huilt U vaak?	0	—	1	0,9	0	—	1	0,4
320	Piekt U veel?	14	15,2	10	9,3	6	7,0	30	10,5
321	Maakt U zich vaak zorgen over Uw gezondheid en de toekomst?	13	14,1	8	7,5	8	9,3	29	10,2
322	Doet U Uw werk meestal zonder plezier?	7	7,6	3	2,8	5	5,8	15	5,3
323	Hebt U het gevoel, dat Uw werk onvoldoende gewaardeerd wordt en kunt U dat moeilijk verwerken?	5	5,4	5	4,7	7	8,1	17	6,0
324	Wordt U vaak geplaagd door angstige dromen?	0	—	1	0,9	3	3,5	4	1,4
325	Bent U gauw prikkelbaar?	23	25,0	27	25,2	29	33,7	79	27,7
326	Werkt of leeft U onder een voortdurende spanning?	14	15,2	11	10,3	8	9,3	33	11,6
327	Hebt U moeite met Uw werk en hindert U dat?	0	—	3	2,8	5	5,8	9	3,2
328	Bent U voortdurend ontevreden over U zelf, (bijv. over Uw aandeel in Uw huwelijk, of in de opvoeding van de kinderen)?	2	2,2	1	0,9	5	5,8	8	2,8
329	Hebt U herhaaldelijk kleine ongevallen of verwondingen?	5	5,4	3	2,8	5	5,8	13	4,6
330	Hebt U het laatste jaar pijn bij het wateren gehad?	0	—	1	0,9	2	2,3	3	1,1
331	Moet U 's nachts meer dan eens uit bed om te wateren?	1	1,1	5	4,7	8	9,3	14	4,9



Vraag no.	Deelnemende vrouwen						Onderzochten			
	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.		totaal		mannen	vrouwen
	aant. 119	perc.	aant. 99	perc.	aant. 94	perc.	aant. 312	perc.	aant. 135	aant. 197
309	22	18,5	26	26,3	23	24,5	71	22,8	12	59
310	7	5,9	12	12,1	14	14,9	33	10,6	9	27
311	0	—	0	—	3	3,2	3	1,0	5	3
312	12	10,1	6	6,1	9	9,6	27	8,7	33	22
313	22	18,5	18	18,2	21	22,3	61	19,6	8	49
314	35	29,4	30	30,3	20	21,3	85	27,2	30	64
315	32	26,9	17	17,2	23	24,5	72	23,1	29	53
316	21	17,6	21	21,2	22	23,4	64	20,5	27	47
317	36	30,3	28	28,3	35	37,2	99	31,7	35	77
318	10	8,4	7	7,1	14	14,9	31	9,9	5	26
319	6	5,0	7	7,1	12	12,8	25	8,0	1	22
320	23	19,3	20	20,2	27	28,7	70	22,4	21	61
321	13	10,9	6	6,1	17	18,1	36	11,5	26	31
322	10	8,4	6	6,1	5	5,3	21	6,7	8	12
323	4	3,4	9	9,1	6	6,4	19	6,1	10	15
324	10	8,4	15	15,2	6	6,4	31	9,9	3	21
325	40	33,6	33	33,3	36	38,3	109	34,9	51	86
326	9	7,6	11	11,1	16	17,0	36	11,5	24	31
327	9	7,6	6	6,1	5	5,3	20	6,4	7	13
328	6	5,0	6	6,1	4	4,3	16	5,1	7	15
329	0	—	0	—	1	1,1	1	0,3	9	
330	6	5,0	11	11,1	5	5,3	22	7,1	2	17
331	8	6,7	12	12,1	12	12,8	32	10,3	10	28

tabel 28

## Deelnemende mannen

Vraag no.	Leeftijdsklasse totaal	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.		totaal	
		aant. 92	perc.	aant. 107	perc.	aant. 86	perc.	aant. 285	perc.
332	Hebt U het laatste jaar wel eens bloed bij de urine gezien?	0	—	2	1,9	1	1,2	3	1,1
333	Zijn de geslachtsorganen wel eens pijnlijk gezwollen of branderig?	0	—	0	—	1	1,2	1	0,4
334	Moet U de laatste tijd vaak en dan kleine beetjes tegelijk plassen?	1	1,1	1	0,9	4	4,7	6	2,1
335	Moet U lang wachten of flink kracht zetten voor de plas wil komen?	0	—	0	—	1	1,2	1	0,4
336	Verliest U urine bij geringe inspanning of niezen?	1	1,1	0	—	0	—	1	0,4
337	Hebt U nog andere niet genoemde klachten? Zo ja, wilt U deze op een apart vel er bij doen?	3	3,3	5	4,7	1	1,2	9	3,2
338	Wordt dit strookje als U het in de avondurine houdt, en daarna aan de lucht laat drogen, groen?	6	6,5	5	4,7	3	3,5	14	4,9
356	Is de ongesteldheid naar Uw mening volkomen onregelmatig?								
357	Is zij abnormaal pijnlijk?								
358	Is zij abnormaal hevig?								
359	Verliest U buiten de ongesteldheid (of: ook nu U niet meer ongesteld bent) wel eens bloed?								
360	Hebt U voortdurend en hinderlijk veel last van afscheiding (witte vloed)?								
361	Of van jeuk van onder?								
362	Of van verlies van urine bij geringe inspanning of niezen?								
363	Hebt U de laatste tijd pijn of een zwaar gevoel in één der borsten?								
364	Voelt U een harde plek in één der borsten?								
365	Komt er afscheiding of bloed uit één der tepels?								
366	Is één der tepels meer ingetrokken dan voorheen?								

Vraag no.	Deelnemende vrouwen								Onderzochten	
	40 t/m 44 jr.		45 t/m 49 jr.		50 t/m 54 jr.		totaal		mannen	vrouwen
	aant. 119	perc.	aant. 99	perc.	aant. 94	perc.	aant. 312	perc.	aant. 135	aant. 197
332	0	—	0	—	1	1,1	1	0,3	2	1
333	4	3,4	6	6,1	11	11,7	21	6,7	1	19
334	11	9,2	12	12,1	13	13,8	36	11,5	4	30
335	0	—	5	5,1	0	—	5	1,6	0	4
336	zie vraag no. 362								1	
337	3	2,5	2	2,0	1	1,1	6	1,9	6	5
338	5	4,2	3	3,0	3	3,2	11	3,5	11	10
356	19	16,0	26	26,3	14	14,9	59	18,9		43
357	6	5,0	5	5,1	3	3,2	14	4,5		12
358	13	10,9	10	10,1	5	5,3	28	9,0		22
359	3	2,5	2	2,0	2	2,1	7	2,2		7
360	35	29,4	20	20,2	13	13,8	68	21,8		57
361	12	10,1	14	14,1	12	12,8	38	12,2		34
362	33	27,7	32	32,3	24	25,5	89	28,5		77
363	5	4,2	10	10,1	3	3,2	18	5,8		18
364	0	—	0	—	1	1,1	1	0,3		1
365	0	—	1	1,0	0	—	1	0,3		1
366	1	0,8	1	1,0	0	—	2	0,6		2

3.8.1. *Ogen* De meeste klachten over de ogen betroffen bij beide geslachten een vermindering in gezichtsvermogen. Uit de verhouding der percentages klachten per leeftijdsklasse (tabel 28) blijkt, dat deze klacht met het stijgen van de leeftijd vaker voorkwam. Vooral de jongste mannen uitten deze klacht relatief zelden. Door de aard der vraagstelling was het niet uit te maken of de klacht het gevolg was van slechter zien bij het lezen dan wel bij zien in de verte.

Ook de klacht over tranende ogen kwam bij beide geslachten in de laagste leeftijdsklasse minder voor dan in de twee hogere.

Bij het vergelijken der klachten bleek, dat noch bij mannen noch bij vrouwen het aantal personen, dat over aanvallen van 'schele' hoofdpijn klaagt (vraag 303), groter is onder hen, die over zwarte vlekken voor de ogen klagen dan onder degenen, die dit niet doen. Wel had 50% der vrouwen, die over dubbelzien klaagden, tevens last van chronische hoofdpijn (vraag 302), terwijl verwacht mocht worden, dat dit in ongeveer 26% het geval zou zijn, indien er geen samenhang tussen beide klachten zou bestaan. Bij mannen werd geen verschil van betekenis tussen deze twee percentages gevonden.

3.8.2. *Oren* Gehoorsvermindering (vraag 217) was de meest voorkomende klacht bij de vragen, die betrekking hadden op aandoeningen van de oren en het gehoor. Zij kwam bij mannen meer voor dan bij vrouwen en kwam in de laagste leeftijdsklasse het minst voor.

Oorsuizen kwam bij beide geslachten het meest voor in de hoogste leeftijdsklasse (vraag 215).

Een verklaring voor het vaker voorkomen van gehoorsvermindering bij mannen werd gedeeltelijk door het lichamelijke onderzoek gegeven.

Zo bleek, dat bij 3 mannen met een 'lopend oor' en bij 5 mannen met gehoorsvermindering de oorzaak in een cerumenprop in de uitwendige gehoorgang was gelegen. Bij vrouwen werd cerumen als oorzaak voor gehoorsvermindering niet gevonden. Dat cerumen meer voorkomt bij mannen dan bij vrouwen kan zijn oorzaak hebben in het beroep van de man. In mijn practijk werkt althans een gedeelte der arbeiders in een stofrijk milieu. Bovendien is het niet onwaarschijnlijk, dat bij mannen meer prikkelende zeepresten in de oren achterblijven dan bij vrouwen, die in het algemeen niet zo uitbundig met zeep in de omgeving van het oor komen in verband met de kans op ontsiering van de haartooi.

Een verdere verklaring voor het verschil in gehoorsvermindering tussen beide geslachten zou kunnen zijn, dat de drie grote industrieën ter plaatse een vrij hoog decibel-niveau hebben in hun productieafdelingen. Van de 43 gehoorsvermindering vermeldende mannen zijn er 28 (65,1%) werknemers in een gesloten bedrijf, terwijl dit bij alle mannen in 49,5% het geval is. Dit is een significant verschil ( $P = 0,04$ ). Bij het lichamelijke onderzoek kon de veronderstelling, dat lawaai mede een oorzaak van het verschil tussen beide geslachten zou zijn, echter niet bevestigd worden (hoofdstuk VI, § 1, 2).

3.8.3. *Neus* Van de neusklachten kwam een telkens terugkerende verstopping het meest voor. Een positieve beantwoording van de vraag, of de reuk of smaak minder scherp geworden waren, bleek bij nadere informatie bij de lichamelijk onderzochte personen uitsluitend betrekking te hebben op de reuk.

3.8.4. *Keel- en mondholte* Heesheid, die langer dan een maand bestaat, is een 'verdachte' klacht. Van de 5 personen met deze klacht zijn er 4 lichamelijk onderzocht. De vijfde is een vrouw, die kort te voren bij mij geweest was. Zij heeft een van nature lage stem en forceert deze dikwijls in haar beroep.

Een positief antwoord op de vraag naar het ontbreken van meer dan de helft van het aantal natuurlijke tanden en kiezen werd door mij alleen genoteerd, wanneer de deelnemer niet tevens opgegeven had een geheel of gedeeltelijk kunstgebit te bezitten. Bij beide geslachten heeft het gebit der deelnemers blijkens tabel 28 in meer dan 25% een hoogstens matige kauwfunctie. Overigens mag niet verwacht worden, dat alle deelnemers weten hoeveel tanden en kiezen zij behoren te hebben, zodat dit cijfer slechts een benadering van de werkelijkheid kan zijn.

De klacht over kloven in de mondhoecken kwam uitsluitend voor bij personen, die tevens een volledig kunstgebit hadden. Aan de onderzochten onder hen werd het advies gegeven, dit 's avonds iets te draaien alvorens het uit de mond te nemen.

### 3.8.5. *Algemene klachten*

De bij mannen en vrouwen meest voorkomende algemene, d.i. niet aan een bepaald orgaan of orgaansysteem gebonden, klacht was lusteloosheid of spoedige vermoeidheid (vraag 241). De combinatie van deze twee verschijnselen in één vraag was achteraf onjuist. Vergelijken wij deze vraag met de vragen 247 (kortademigheid) en 308 (uitputting), dan maakt het de indruk, dat bij vrouwen het accent meer ligt op de lusteloosheid, bij mannen meer op spoedige vermoeidheid. Deze klacht werd, wat de mate van voorkomen betreft bij vrouwen gevolgd door de klacht over een sterke gewichtstoename. Deze gewichtstoename was het duidelijkst in de middelste leeftijdsklasse, dus vòòr de leeftijd, waarop bij de meeste vrouwen de menopauze intreedt (2.11). De opvatting, dat de menopauze dikwijls gevolgd wordt door gewichtstoename (DE WAARD, 1965) wordt hier, althans anamnestic, dus niet bevestigd.

Nachtelijk transpireren (vraag 234) kwam in mijn onderzoek daarentegen bij vrouwen wèl meer voor na het intreden der menopauze dan er voor.

Tussen lusteloosheid (resp. spoedige vermoeidheid) en gewichtstoename

was geen verband aantoonbaar: 15 van de 77 vrouwen, die over lusteloosheid of spoedige vermoeidheid klaagden, waren volgens henzelf tevens veel in gewicht toegenomen (19,5%), terwijl aangenomen mocht worden, dat dit ongeveer 16% zou zijn indien geen verband aanwezig was. Dit procentuele verschil heeft statistisch geen betekenis. Bij mannen waren de getallen nog kleiner, zodat een vergelijking zeker zinloos is.

De combinatie slechte eetlust en gewichtsverlies kwam voor bij 2 mannen en 3 vrouwen.

De beide mannen zijn door een internist onderzocht. Een had een recidief van een maagulcus en is naderhand geopereerd; de ander had een dyspepsie, die na het specialistisch onderzoek, waarbij geen lichamelijke afwijkingen gevonden werden, spontaan verdween.

Van de drie vrouwen is één niet onderzocht, omdat zij kort geleden nog geheel door mij nagezien was en onder controle van het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding staat. Bij de beide anderen vond ik geen lichamelijke afwijkingen, maar wel een duidelijke emotionele stoornis.

De combinatie slechte eetlust en emotionele stoornis was n.m.m. bij het lichamelijke onderzoek toch opvallend: van de 7 onderzochte mannen met een slechte eetlust hadden er 5 een emotionele stoornis, evenals 8 van de 10 onderzochte vrouwen met deze klacht. Bij alle onderzochte mannen kwam een emotionele stoornis voor in 28,1%, bij de vrouwen in 42,1% (hoofdstuk VI, § 1, 21).

De combinatie abnormaal grote eetlust en gewichtsverlies kwam in het geheel niet voor.

Eén vrouw, die bij het lichamelijke onderzoek een struma met een duidelijke hyperthyreoidie bleek te hebben, klaagde over: nachtelijk transpireren, gewichtsverlies, een brok in de keel, nachtelijke benauwdheid, hartkloppingen, beven en trillen en rommelen in de buik. Daarnaast had zij niet minder dan 11 'psycho-sociale' klachten. Zij gaf echter geen abnormaal grote eetlust aan.

Van de 38 deelnemers, die over een overmatige dorst klaagden (vraag 240), gaven er 2, beiden vrouwen, aan dat het bijgevoegde strookje testape groen werd. Beide opgaven waren vals positief: de verkleuring door de bevochtiging van het lichtgele strookje naar diepgeel werd als groen geïnterpreteerd.

De enige vrouw, bij wie tijdens het lichamelijke onderzoek een diabetes mellitus ontdekt werd (een zgn. diabète gras) klaagde niet over abnormaal grote dorst of over jeuk. Wel over een vieze smaak in de mond (maar zij had ook een slecht gebit) en misselijkheid. Zij vond zich te dik en gaf aan dat haar strookje testape groen geworden was.

De vraag naar gebruik van geneesmiddelen op eigen initiatief werd door 17 mannen en 39 vrouwen positief beantwoord. Sommige vrouwen gebruikten meer dan één medicament.

De aard van zelf aangeschafte geneesmiddelen:

	Mannen	Vrouwen
geen specificatie	1	4
analgetica	8	27
sedativa	0	5
antacida	6	1
laxantia	0	4
tonica	0	1
vitaminepraep.	0	1
knoflookdragees	1	0
aleudrine	1	0
	—	—
	17	42

Voor zover deze lijst een afspiegeling kan zijn van het 'niet voor de medicus geschikte klachtenpatroon' van de deelnemers, lijkt het, dat mannen meer last hebben van maagzuur, terwijl vrouwen meer behoefte hebben aan laxerende (bij hen komt meer obstipatie voor dan bij mannen – vraag 267), kalmerende en pijnstillende geneesmiddelen. Aan de analgetica werd zes maal de indicatie 'tegen hoofdpijn' toegevoegd. Aleudrine is een U.R. artikel, d.w.z. in feite uitsluitend op recept verkrijgbaar.

Het aantal aan het onderzoek deelnemende vrouwen, dat opgeeft zelf aangeschafte middelen te gebruiken, is ruim twee maal zo groot als het aantal mannen. Dit verschil is statistisch significant ( $P = 0,009$ ).

In Nederland zou volgens de 'Onderlinge Pharmaceutische Groot-handel' (1965) het aantal verpakkingseenheden van 'geneesmiddelen voor zelfbehandeling' het aantal receptafleveringen benaderen of overtreffen. Bij de deelnemers aan dit onderzoek komt dit echter niet tot uiting: slechts 10% zegt zich zelf geneesmiddelen aan te schaffen. Het is natuurlijk niet uitgesloten, dat sommige deelnemers er tegenop zagen mij te vertellen, dat zij zelf geneesmiddelen kopen. Het feit, dat ik apotheekhoudend arts ben, kan hierbij van invloed zijn.

15 Vrouwen (ruim 35%) en 7 mannen (bijna 50%), die zelf geneesmiddelen kopen, waren meer dan een jaar niet onder behandeling geweest. Deze getallen lopen parallel met de frequentie van dit gegeven voor alle deelnemers. Er is dus geen aanwijzing, dat het zelf geneesmiddelen aanschaffen de frequentie van het consulteren van de arts beïnvloedt.

**3.8.6. Hart en bloedvaten** Meermalen worden de klachten, die voortkomen uit een minder goed functionerend hart, niet gelocaliseerd in of om de hartstreek. Dikwijls uiten zij zich in meer algemene klachten als kortademigheid, oedemen, nachtelijke benauwdheid. Deze kunnen echter ook door andere oorzaken teweeggebracht worden dan door cardiale functiestoornissen, zoals door anaemie, overgewicht, nieraandoeningen, long-

afwijkingen. Rhytmestoornissen of stoornissen in de zuurstofvoorziening van de hartspier uiten zich meer in prae- of peri- cardiale klachten, doch kunnen zelf weer secundair zijn aan andere afwijkingen als emotionele stoornissen, hypertensie, anaemie. Daarom worden deze 'hart'-klachten besproken in samenhang met de bij het lichamelijke onderzoek gevonden afwijkingen. Daarbij zal blijken, dat slechts 19 van de 337 hartklachten (vragen 243 t/m 249) van de 332 onderzochte personen samengingen met een hartafwijking, voor zover deze door mijn onderzoek aan het licht kon komen.

Dat vrouwen zoveel meer klagen over oedeem van de onderbenen dan mannen (vraag 248), kan voor een deel komen doordat de aard van hun kleding gemakkelijker de aandacht op deze afwijking vestigt. Ook komt bij hen meer thrombose voor (zie tabel 10 en 11 over vroegere ziekten en familieziekten). Bovendien heb ik de indruk, dat zij meer met de benen dichtbij de kachel gaan zitten, hetgeen verlamdend kan werken op de onderhuidse bloedvaten. Tenslotte verrichten zij vaak staand werk.

3.8.7. *Luchtwegen* De luchtwegen met de longen is één van de weinige orgaansystemen, waarover de mannen meer klachten hadden dan de vrouwen (vragen 253 t/m 257). Alleen de vraag naar snijgende pijn op de borst of in de rug bij zuchten of hoesten werd door vrouwen vaker positief beantwoord. Bij het lichamelijke onderzoek bleek deze klacht echter voornamelijk op oorzaken te berusten, die niet met de luchtwegen als zodanig samenhangen, maar met de spieren en zenuwen van de borstkas.

Het bij mannen meer voorkomen van bronchiale klachten zou theoretisch het gevolg kunnen zijn van klimatologische omstandigheden in het gesloten bedrijf (stof, dampen, 'tocht') en van roken.

TABEL 29. DE RELATIE TUSSEN BRONCHIALE KLACHTEN, ROKEN EN HET WERKZAAM ZIJN IN EEN GESLOTEN BEDRIJF, BIJ DE DEELNEMENDE MANNEN

	deelnemende mannen		rokende mannen		werknemers gesloten bedrijf	
	aantal	perc.	aantal	perc.	aantal	perc.
aantal deelnemers	285		183		141	

*vraag nr.*

253 langer dan 1 maand

hoesten:	29	10,2	20	10,9	10	7,1
----------	----	------	----	------	----	-----

254 veel slijm opgeven:	30	10,5	20	10,9	11	7,8
-------------------------	----	------	----	------	----	-----

256 dyspnoe met rhonchi:	38	13,3	25	13,7	20	14,2
--------------------------	----	------	----	------	----	------

De percentages liggen in dezelfde orde van grootte als verwacht mocht worden, wanneer er geen samenhang tussen roken en beroep enerzijds en bronchiale klachten anderzijds bestond (tabel 28). Enig verband komt dus



in deze vergelijking, waarin overigens geen rekening is gehouden met leeftijdsinvloeden, niet te voorschijn.

De klachten over vaak slijm opgeven en over dyspnoe met hoorbare rhonchi namen bij mannen met de leeftijd toe, bij de vrouwen af.

**3.8.8. Maag-darmkanaal** De klacht: 'te weinig tijd om rustig te eten', (vraag 258) kwam bij mannen meer voor dan bij vrouwen. Daarbij valt op, dat zij bij de mannen het meest voorkomt in de hoogste leeftijdsklasse en bij de vrouwen in de laagste. Het is mogelijk, dat bij de mannen het levens- en werk-tempo op oudere leeftijd meer gaat drukken, terwijl bij vrouwen de drukte van het gezin op oudere leeftijd wat afneemt. De fabrieksarbeider heeft inclusief het gaan naar en van huis tussen de middag maar één uur schafttijd. De vrouw kan nog wat 'nazitten'.

Ofschoon bij de vroegere en familiale ziekten en bij de operaties (hoofdstuk IV, § 2, 2.1, 2.2 en 2.13) gebleken is, dat maagaandoeningen meer bij mannen en galblaasaandoeningen meer bij vrouwen voorkomen, kwamen 'maag'-klachten toch minstens evenveel voor bij vrouwen als bij mannen. Dit kan verklaard worden door het feit dat galblaasaandoeningen zich dikwijls als 'maag'klachten manifesteren. De galblaasklacht: buikpijn na een vetrijke maaltijd (vraag 273) kwam bij vrouwen (6,7%) twee maal zo vaak voor als bij mannen (3,2%).

Van de 21 vrouwen, die over buikpijn na een vetrijke maaltijd klaagden, hadden er 2 ook vroeger reeds galstenen of kolieken. Van één van deze twee is bekend, dat zij galstenen heeft, die tot nu toe niet verwijderd zijn.

De 8 personen, die perioden van pikzwarte ontlasting of bloed bij de ontlasting hadden, zijn allen later onderzocht. Bij het eerste faecesonderzoek of na een bloedvrij dieet hadden zij echter allen een negatieve ben-zidineractie.

Ten aanzien van de bovenbuiksklachten (vragen 259 t/m 263; 272; 273) tonen zowel de mannen als de vrouwen in de drie leeftijdsklassen weinig verschillen in frequentie. Alleen de opgezette maag kwam bij mannen op oudere leeftijd meer voor. Van de 60 personen die een opgezette *maag* hadden (vraag 262), hadden er anamnestic ook 29 (bijna 50%) een opgezette *buik* (vraag 266). Het verschil is blijkbaar niet goed duidelijk voor de deelnemers, immers het totale aantal personen met een opgezette buik is 69, d.i. 11,6% van alle deelnemers, zodat de overeenkomst niet toevallig is. Ook deze klacht kwam bij mannen met het stijgen van de leeftijd meer voor, terwijl bij vrouwen de klacht het meest voorkwam in de praemenopauze, de periode die, zoals reeds eerder bleek, anamnestic met de sterkste gewichtstoename gepaard gaat.

Bij de onderzochte personen bleek tussen de klachten over een opgezette maag resp. buik en een overgewicht (het 'buikje') geen samenhang te bestaan.

Bij de klachten die op een aandoening van de dikke darm wijzen (vragen 267 t/m 271), viel op dat obstipatie en wisselende stoelgang veel meer voorkomen bij vrouwen, terwijl diarree meer bij mannen voorkomt. Mogelijk zijn bij de laatsten de korte schafstijd, het roken en de lichaamsbeweging van invloed.

Pijnlijke defaecatie (vraag 270) hangt waarschijnlijk samen met obstipatie: 12 van de 24 personen met pijn bij de ontlasting (50%) hadden last van obstipatie, hetgeen bij alle deelnemers in 7% het geval was.

**3.8.9. Bewegingsapparaat** Bij de gewrichten van de arm kwamen klachten over de schouder het meest voor. Door de aard der vraagstelling kon ik niet van het formulier aflezen of de gewrichten aan één of beide kanten klachten gaven. Hiervoor had het aantal vragen in deze sector verdubbeld moeten worden. Ditzelfde probleem doet zich overigens steeds voor bij een vraag over de toestand van een paarsgewijs voorkomend orgaan of lichaamsonderdeel.

Bij mannen kwamen meer klachten voor over de onderarmen dan bij vrouwen. Verband met het werk is hierbij niet aan te tonen, want slechts 3 van de 10 mannen met deze klacht doen zwaar werk met de armen.

Bij beide geslachten kwamen in de laagste leeftijdsklasse de minste klachten over de gewrichten voor.

Klachten over transpirerende voeten kwamen bij mannen minstens even vaak voor als pijn of vermoeidheid in de voeten, terwijl bij vrouwen de klacht van transpirerende voeten zeldzaam was in vergelijking met de andere voetklachten.

Bij de opstelling van het vragenformulier is door mij de fout gemaakt, dat zowel in vraag 279 als in 292 wordt gevraagd naar pijnlijke voeten. Achteraf kan deze fout gebruikt worden om na te gaan, hoe zorgvuldig men het formulier heeft ingevuld. Het blijkt, dat 54 van de 59 personen (91,7%), die vraag 292 bevestigend beantwoord hebben, ook vraag 279 positief beantwoordden.

Uitsluitend rugpijn (vraag 295) kwam meer bij vrouwen dan bij mannen voor (14,4% tegen 11,6%), uitstralende pijn (vraag 296) meer bij mannen dan bij vrouwen (12,3% tegen 8,7%).

17 Mannen (ongeveer 50%) en 17 vrouwen (ongeveer 38%) die pijn in de rug hadden, klaagden ook over uitstralende pijn in een der benen. Mogelijk is de rugpijn bij vrouwen wat vaker het gevolg van aandoeningen van de inwendige geslachtsorganen of van het colon (obstipatie).

Volgens de psycho-somatische gedachtengang zou rugpijn de lichamelijke uitdrukking van een 'belast en beladen zijn' kunnen zijn. Bij onderlinge vergelijking van deze twee klachten (vragen 295 en 326) bleek, dat 15% der mannen en 20% der vrouwen, die voortdurend onder spanning leven, ook over aanvallen van rugpijn klagen, terwijl zonder verband verwacht mocht worden, dat dit ongeveer 8,5% resp. 11,5% zou zijn.

3.8.10. *Zenuwstelsel* Evenals bij de 'hartklachten' deed zich hier de moeilijkheid voor, dat klachten, die wijzen op een aandoening van het centrale of het perifere zenuwstelsel, dikwijls door aandoeningen veroorzaakt kunnen worden, die niet afkomstig zijn van dit orgaansysteem. Bovendien moest hier ook vooral rekening worden gehouden met de leekentaal: ofschoon duizeligheid en evenwichtsstoornissen (vraag 300) medisch geen identieke begrippen zijn, worden zij door de leek steeds door elkaar gebruikt (GERLINGS, 1965).

De klachten van een afnemende reactiesnelheid (vraag 298), een minder wordend geheugen (vraag 299), oriëntatieverlies (vraag 300), kwamen in de hoogste leeftijdsklasse bij beide geslachten het meest voor. Hoofdpijklachten (vragen 302 en 303) kwamen in de middelste leeftijdsklasse het meest voor.

3.8.11. *Psyche* (vragen 308 t/m 328) Zoals reeds eerder vermeld is, is in de Cornell Medical Index een vierde van alle vragen gewijd aan klachten in de psycho-sociale sfeer van de betrokkene en psychiatrische aandoeningen in de familie. Ik vreesde bij de deelnemer een weerstand op te wekken, wanneer een dergelijke nadruk op een sfeer gelegd wordt, die als zeer intiem beleefd wordt en waarvan in ons land nog niet ieder overtuigd is, dat ook dit gebied door de huisarts soms in zijn beoordeling van het ziektebeeld betrokken moet worden. Dit bezwaar gold temeer daar ik met dit formulier ongevraagd de huizen van mijn cliënten binnentrad. De C.M.I. daarentegen wordt meestal gebruikt bij polikliniekbezoekers, bij personen dus, die zich op eigen initiatief tot de arts wenden.

Ik heb daarom dit soort vragen beperkt tot 21 en van deze vormen de eerste drie (vragen 308, 309 en 310, naar moeheid en slapeloosheid) een overgang van de somatische naar de psychische sfeer. In de volgende twee wordt gevraagd naar soms normale levensgewoonten. In zes vragen wordt meer naar niet zozeer ziekelijke dan wel hinderlijke karaktereigenschappen geïnformeerd (vragen 313 t/m 318). Slechts tien vragen zijn op min of meer pathologische toestanden op psychisch of sociaal gebied gericht. Maar zelfs bij een vraag als 'werkt U zonder plezier' kan men eigenlijk niet van een pathologische toestand spreken, wel van een toestand, die lichamelijke of geestelijke repercussies kan hebben, die negatief op de gezondheidstoestand kunnen inwerken.

De vrouwen, die in aantal de mannen met 10% overtreffen, hadden op psycho-sociaal gebied bijna 100% meer klachten (tabel 21). Bij beide geslachten werd prikkelbaarheid het vaakst opgegeven, door vrouwen zelfs in 34,9% (vraag 325). Daarnaast vermeldde 20% der deelnemende vrouwen, dat zij veel piekeren, en 11% dat zij voortdurend onder spanning leven. Ook onzekerheidsgevoelens (vragen 314, 315 en 316) kwamen bij

vrouwen veel voor. Mogelijk manifesteerden deze zich ook in het frequent voorkomen van nawerken van moeilijk te verwerken dagelijkse gebeurtenissen (31,7%, vraag 317). Bij mannen kwamen deze klachten merendeels minstens 10% minder vaak voor.

Gebrek aan arbeidsvreugde en het gevoel van onderwaardering (vragen 322 en 323) kwamen bij beide geslachten in minder dan 7% voor.

Het aantal personen, dat ontevreden over zichzelf was (vraag 328), is betrekkelijk gering in vergelijking met de positieve beantwoording van de andere vragen in deze serie (tabel 28). Evenals het gevoel het werk niet meer goed aan te kunnen (vraag 327) komt deze ontevredenheid over zich zelf bij mannen het meest voor in de hoogste leeftijdsklasse.

De vraag of men dikwijls kleine ongevalletjes had (vraag 329) was geplaatst bij de vragen naar de inentingstoestand. Zij werd door 13 mannen en 1 vrouw positief beantwoord. Er bleek bij de mannen geen relatie aantoonbaar met het aantal klachten op psycho-sociaal gebied. Ook het totale aantal klachten lag bij deze mannen niet boven het algemeen gemiddelde.

**3.8.12. Urogenitaalstelsel A. MANNEN** Het totale aantal klachten bij de vragen 330 tot en met 336 nam bij de mannen met de leeftijd toe. De toename wordt vooral veroorzaakt door het grotere aantal mannen met nycturie (vraag 331) en pollakisurie (vraag 334) in de hoogste leeftijdsklasse.

De nycturie kan ook een cardiale oorzaak hebben. Van de 14 mannen met nycturie klaagden er 5 ook over dyspnoe d'effort. Van deze 5 zijn er 2 mij bekende hartpatiënten, een derde is een hypochondrisch ingestelde man, die in totaal 58 klachten had.

**B. VROUWEN** Behalve haematurie (vraag 332) kwamen alle urologische klachten bij vrouwen meer voor dan bij mannen. Van de 32 vrouwen met nycturie hadden er 10 tevens een dyspnoe d'effort, en 8 klaagden over oedeem. 3 Van de 32 hadden zowel last van nycturie als van dyspnoe d'effort en oedemen; toch bleken zij geen hartpatiënten te zijn.

Eén vrouw (43 jaar) was tijdens het onderzoek gravida. (vraag 355).

Er is blijkens tabel 28 een lichte stijging te zien van het aantal onregelmatige menstruatiecycli vóór het intreden der menopauze, dus in de middelste leeftijdsklasse (vraag 356).

Dysmenorrhoe kwam in de leeftijd van 40 t/m 54 jaar weinig voor (vraag 357).

Ruim 11% van de vrouwen van 40 tot 50 jaar was van oordeel, dat de menstruatie abnormaal hevig is (vraag 358).

De vrouwen, die extra-menstrueel bloedverlies als klacht opgegeven hadden (vraag 359), zijn allen later onderzocht.

Fluor albus (vraag 360) kwam in mijn onderzoek na het 45e jaar minder vaak voor dan vóór deze leeftijd. Mogelijk is het minder worden van de ovariële activiteit hierbij van invloed. De klachten over irritatie van de uitwendige geslachtsorganen (vraag 333) nemen dan echter toe, hoewel dit zich niet duidelijk uitte in pruritus vulvae (vraag 361).

Het aantal klachten over stress-incontinentie was groot: 28,5% (vraag 362); er is geen duidelijke samenhang met de leeftijd. Wanneer vrouwen zowel vraag 336 als 362 positief beantwoord hadden werd dit als één klacht genoteerd.

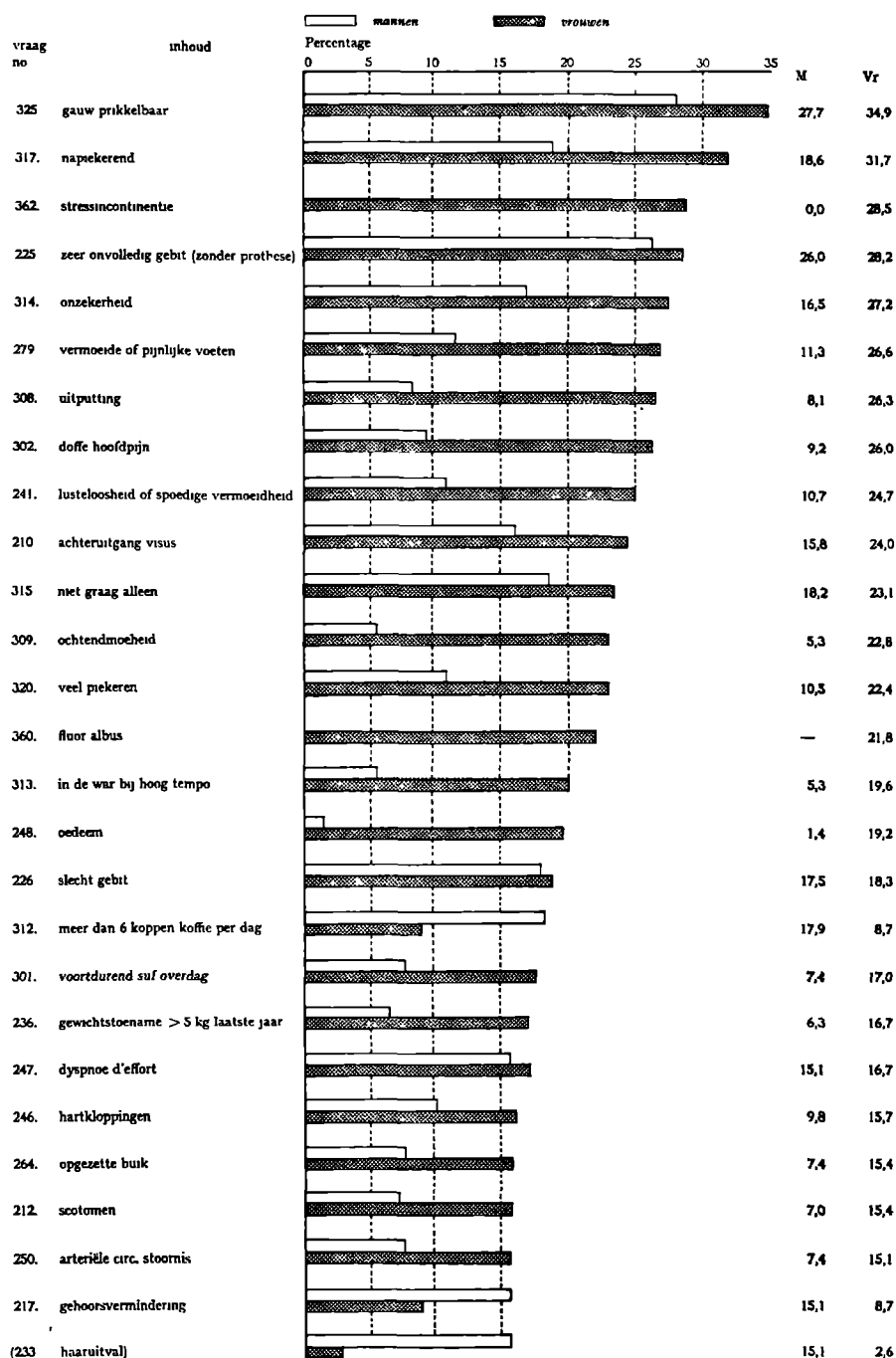
Tijdens het lichamelijke onderzoek kon deze klacht echter bij personen in liggende houding dikwijls niet bevestigd worden. De omstandigheden zijn dan echter anders: bij een verzoek tot persen spant de vrouw te voren de kringsspieren van de urethra aan alvorens zij de buikdruk verhoogt. De verklaring kan dus mogelijk gezocht worden in een te lage rusttonus of te sterke uittrekking dezer kringsspieren, waardoor urineverlies optreedt ten gevolge van onverwachte verhoging van de intra-abdominale druk. Bij de 12 ongehuwde vrouwen kwam deze klacht in het geheel niet, en bij de 21 vrouwen, wier huwelijk kinderloos gebleven was, 3 maal voor.

Alle vrouwen, die klachten over de mammae hadden, zijn lichamenlijk onderzocht.

De klacht van pijn of een zwaar gevoel in een der borsten komt voornamelijk in de middelste leeftijdsklasse voor (vraag 363). Er is bij vrouwen met deze klacht geen samenhang aantoonbaar met gewichtstoename; wel is er mogelijk enige samenhang met pijn op de borst: een derde van alle vrouwen met pijn of een zwaar gevoel in één der borsten vermeldde ook pijn op de borst bij inspanning als klacht, terwijl slechts een achtste van alle vrouwen deze klacht aangaf.

### 3.8.13. *Samenvatting*

Van de relatief veel vóórkomende klachten kwam de klacht van spoedige prikkelbaarheid zowel bij mannen (27,7%) als bij vrouwen (34,9%) het meest voor (zie figuur 1). Bij mannen werd deze klacht onmiddellijk gevolgd door de klacht van een zeer onvolledig gebit (26,0%) terwijl vervolgens al hun andere klachten in minder dan 20% voorkwamen. Bij vrouwen kwamen, naast eveneens een onvolledig gebit (28,2%), echter nog vele andere psycho-sociale klachten in meer dan 20% voor, als naderwerken van emoties, onzekerheid, veel piekeren, uitputting en ochtendmoeheid. Ook lichamelijke klachten als lusteloosheid of spoedige vermoeidheid, doffe hoofdpijn, vermoeide voeten, stressincontinentie en een hinderlijke fluor werden door meer dan 20% der vrouwen vermeld. Het beeld dat zich van de deelnemende vrouwen aftekent is dus niet florissant. Bij het lichamelijke onderzoek bleek daarnaast, dat bijna de helft der onderzochte vrouwen een overgewicht van 10% of meer heeft.



Figuur 1

*Klachten, die bij één der geslachten in meer dan 15% voorkwamen, vergeleken met de overeenkomstige percentages bij het andere geslacht.*

Het is zeer goed mogelijk, dat juist de vrouwen van de leeftijd van 40 t/m 54 jaar in een moeilijke levensfase verkeren. Zij staan, afgaande op hun klachten, in ieder geval vrij ver af van het beeld van gezondheid, dat door de Wereld Gezondheids Organisatie wordt geschetst: een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.

Of de prikkelbaarheid van de mannen een rol speelt bij dit beeld van de vrouwen en hoe het verband dan ligt, is een vraag, die zeker nadere bestudering behoeft.

Onder de mannen kwamen 38 klachten bij minder dan 3% der deelnemers voor, waarvan er 4 op psycho-sociaal gebied lagen (vaak huilen, angstig dromen, moeite met werk, voortdurende zelfcritiek). Onder de vrouwen kwamen 26 klachten bij minder dan 3% voor, waarvan één op psycho-sociaal gebied (alcoholgebruik). Door geen der mannen werd de vraag naar schildkliervergroting positief beantwoord; de vrouwen hadden in het geheel geen klachten over een recent loopoor.

## SELECTIE VOOR LICHAAMELIJK ONDERZOEK

De selectie voor het lichamelijke onderzoek geschiedde op grond van de volgende, vòòr het onderzoek opgestelde, criteria:

A. Bij niet onderzoeken dient overeenstemming te bestaan tussen arts en deelnemer. Op 9 na zijn dan ook alle personen, die zelf aangegeven hadden een lichamenlijk onderzoek wenselijk te vinden, onderzocht. 5 Van deze 9 niet-onderzochten waren kort te voren door een internist of door mijzelf geheel nagekeken. Met hen heb ik besproken waarom zij niet voor een onderzoek opgeroepen werden. Eén deelnemster vond lichamenlijk onderzoek wenselijk als de klachten zouden blijven bestaan en zou dan zelf contact met mij opnemen, maar heeft dat tot nu toe niet gedaan. 3 Personen (mannen) verschenen niet na de uitnodiging voor lichamenlijk onderzoek.

B. Bij de beoordeling per klacht:

1. Er zijn bij de beantwoording niet door mij verwachte klachten vermeld: dit kunnen zowel nieuwe zijn als oude, die, zonder dat ik dat wist, gerecidiveerd zijn. Aard, mogelijkheid van therapie en combinatie met andere gegevens bepalen de beslissing.

2. Er zijn oude, voor mij bekende, klachten: als er geen nieuwe gezichtspunten zijn sinds het laatste 'curatieve' contact, volgt geen nader onderzoek.

C. Bij de beoordeling van het gehele formulier: De combinatie van oude klachten met eventueel nieuwe geeft een nieuwe indruk van de lichamenlijke of geestelijke toestand. De aard van dit nieuwe beeld bepaalt de beslissing. Soms dient een onderzoek uitsluitend als uitgangspunt voor een gespreks-therapie. Soms ook ondergaat door de antwoorden op het formulier mijn oordeel over de validiteit van de betrokkene een verandering. Het lichamenlijke onderzoek dient dan als uitgangspunt voor eventuele sociale adviezen.

Door 96 mannen (33,7%) en 120 vrouwen (38,5%) werd de wens te kennen gegeven om een nader lichamenlijk onderzoek te ondergaan. Ofschoon bij de vraag hiernaar (340) de beperking stond: 'voor onbehandelde klachten',



antwoordde men toch ook vaak 'ja', wanneer er in het geheel geen nieuwe of onbehandelde klachten aangegeven waren. Ook vraag 339: 'welke klachten zijn reeds behandeld', werd door de meeste deelnemers niet ingevuld. De vraag was of te moeilijk of stichtte een zekere verwarring: als een klacht nog bestaat dan kan de dokter er wel 'wat aan gedaan' hebben, maar zij is nog niet behandeld in de zin van genezen (afbehandeld). De antwoorden op vraag 339 zijn derhalve niet in het onderzoek opgenomen en vraag 340 is beoordeeld alsof de beperking er niet bij stond.

TABEL 30. HET AANTAL DEELNEMERS, DAT DE VRAAG NAAR WENSELIJKHEID VAN NADER LICHAMELIJK ONDERZOEK (VRAAG 340) POSITIEF BEANTWOORDEDE, NAAR GESLACHT, LEEFTIJD SKLASSE EN AL DAN NIET VERZEKERD ZIJN

	Mannen			Vrouwen		
	aantal deeln.	wenst lich. on- derzoek	perc.	aantal deeln.	wenst lich. on- derzoek	perc.
40 t/m 44 jr.	92	33	35,9	119	35	29,4
45 t/m 49 jr.	107	31	29,0	99	37	37,4
50 t/m 54 jr.	86	32	37,2	94	48	51,1
totaal	285	96	33,7	312	120	38,5
waarvan						
verzekerden	217	80	36,9	237	100	42,2
particulieren	68	16	23,5	75	20	26,7

Uit tabel 30 valt af te lezen, dat bij beide geslachten het percentage verzekerden, dat een nader onderzoek wenselijk acht, groter is dan het percentage particulieren, dat dit wenst ( $P = 0,002$  bij gecombineerde toetsing van mannen en vrouwen). Is het dan toch zo, dat de behandeling van particulieren voor hen bevredigender is geweest, dan die voor verzekerden? Of zijn zij bescheidener? Mogelijk ook berust bij mannen dit verschil op het feit, dat particuliere mannen relatief minder lichamelijke klachten hebben. Particuliere vrouwen hebben echter niet minder klachten dan verzekerde vrouwen (tabel 24). Ook is het niet uitgesloten, dat dit verschil veroorzaakt wordt door het gevoel van particuliere cliënten, dat zij meer 'op eigen bestelling' een dergelijk onderzoek kunnen ondergaan.

Het percentage vrouwen, dat een nader onderzoek wenselijk vindt, wijkt noch voor verzekerden, noch voor particulieren significant af van het overeenkomstige percentage bij mannen.

Bij mannen is geen verband aantoonbaar tussen het percentage dergenen, die een nader lichamenlijk onderzoek wenselijk achten en de leeftijd. Bij vrouwen is er een significant verschil tussen de laagste en de hoogste leeftijdsklasse ( $P = 0,002$ ): de oudste vrouwen vinden een lichamenlijk onderzoek vaker wenselijk dan de jongste.

Van de 381 deelnemers, die vraag 340 niet positief beantwoord hadden, vulden 114 de vraag niet in. Dit is, zoals reeds eerder vermeld werd, verreweg het grootste aantal blanco antwoorden van alle vragen. Alle personen uit deze categorie, die later onderzocht werden, deelden desgevraagd mee, dat zij de beoordeling van deze vraag aan mij overgelaten hadden.

Uit het feit, dat de 267 personen (44,7%), die de vraag naar wenselijkheid van een nader lichamelijk onderzoek met 'nee' beantwoord hebben, toch hun formulier invulden, mag misschien de conclusie getrokken worden, dat onder hen een aantal geweest zou zijn, dat niet ingegaan zou zijn op een uitnodiging voor een preventief geneeskundig onderzoek zonder voorafgaand anamneseformulier, zodat ik van hen dan in het geheel geen gegevens zou hebben verworven.

Een gedeelte van de personen, die de vraag naar de wenselijkheid van een lichamelijk onderzoek niet of negatief beantwoord hadden, is toch onderzocht (tabel 31).

TABEL 31. RELATIE TUSSEN DE WENS DER DEELNEMERS EN DE BESLISSING VAN DE ARTS TOT NADER L.O., WAARBIJ DE BESLISSING EN DE PRACTISCHE UITVOERING GELIJKGESCHAKELD ZIJN. MET EEN INDELING DER L.ONDERZOCHTEN NAAR LEEFTIJD SKLASSE

	Mannen			Vrouwen		
	aantal deeln.	lich. on- derzocht	perc.	aantal deeln.	lich. on- derzocht	perc.
wenst lich. onderz.	96	89	92,7	120	118	98,3
wenst geen lich. onderz.	133	26	19,5	134	53	39,6
geen antwoord	56	20	35,7	58	26	44,8
totaal	285	135	47,4	312	197	63,1
waarvan						
40 t/m 44 jr.	92	44	47,8	119	67	56,3
45 t/m 49 jr.	107	53	49,5	99	63	63,6
50 t/m 54 jr.	86	38	44,2	94	67	71,3

In tabel 31 komt, zowel bij mannen als bij vrouwen, zeer duidelijk tot uiting, dat het aantal door mij onderzochte personen bij degenen, die lichamelijk onderzoek zelf wenselijk achtten, groter is dan bij degenen, die dit niet wensten of de vraag niet beantwoord hadden (beide geslachten  $P < 10^{-6}$ ). Bij de mannen is het aantal onderzochten onder degenen, die vraag 340 niet beantwoord hebben, groter dan onder hen, die de vraag negatief beantwoord hebben ( $P = 0,03$ ). Bij de vrouwen is tussen deze twee categorieën geen verschil.

Bij de vrouwen stijgt het aantal onderzochten met de leeftijd (trendtoets van Van Eeden:  $P = 0,02$ ), bij mannen is geen significant verschil.

De stijging bij de vrouwen is uiteraard grotendeels bepaald door het feit, dat ook het percentage vrouwen, dat nader onderzoek wenselijk vindt, in de hoogste leeftijdsklasse het grootste is en in de laagste het kleinste (tabel 30).

Het totale aantal vrouwen, dat onderzocht is, is zeer significant groter dan het aantal mannen ( $P = 0,00005$ ).

De redenen voor het wel onderzoeken van de 125 personen, die vraag 340 niet bevestigend beantwoord hadden, waren:

	M	V
diverse lichamelijke klachten	7	15
diverse klachten op psycho-sociaal gebied	3	9
diverse klachten op beide gebieden	11	31
klachten over een bepaald orgaan	25	24
	<hr/> 46	<hr/> 79

In deze categorie bevonden zich 16 personen, die onder behandeling of contrôle van mij of van een specialist waren; zelf hadden zij niet aangegeven een lichamenlijk onderzoek wenselijk te vinden en toch zijn zij door mij hiervoor uitgenodigd. Bij deze mensen werd dus door mijzelf, toen ik hun formulier doorgenomen had, de tot dusverre ingestelde diagnostiek of therapie onvoldoende geacht.

Onder de 94 personen (tabel 18A), die op het moment van het invullen reeds onder contrôle of behandeling van mij of een specialist waren, bevonden er zich 28 (29,8%), die nader lichamenlijk onderzoek wenselijk achtten.

Wanneer iemand echter onder behandeling is en toch terzelfder tijd geheel nagezien wenst te worden, dan rijst de vraag of de behandeling tot dusver wel adaequaat is geweest.

TABEL 32. KLACHTEN EN BIJ HET L.O. GEVONDEN AFWIJKINGEN VAN PERSONEN, DIE ONDER BEHANDELING OF CONTRÔLE WAREN EN TOCH LICHAMELIJK ONDERZOEKT WENSTEN TE WORDEN VOOR ONBEHANDELDE KLACHTEN, VERGELEKEN MET DE GE-GEVENS VAN ALLE DEELNEMERS EN ONDERZOECHTEN. DE LAATSTE ZIJN TUSSEN HAAKJES VERMELD

	Mannen	Vrouwen
personen met vr. 340 pos en reeds onder beh. of contr.	9	19
aantal lich. klachten	149	363
gem. p. persoon	16,6 (6,1)	19,1 (10,0)
aantal ps. soc. klachten	54	113
gem. p. persoon	6,0 (1,9)	6,0 (3,2)
afwijkingen bij l.o.	20	28
gem. p. persoon	2,1 (2,8)	1,5 (3,4)

Uit tabel 32 blijkt nu, dat deze categorie (welke geheel lichamelijk onderzocht is) zowel op geestelijk als op lichamelijk gebied gemiddeld twee maal zoveel klachten heeft als alle deelnemers, terwijl het gemiddelde aantal gevonden afwijkingen onder het algemeen gemiddelde ligt. Dit wijst op een relatief lage klachtendrempel met behoefte aan contact met de arts. Het aantal emotionele stoornissen, bij het lichamelijke onderzoek in deze categorie van 28 personen gevonden (mannen 3, vrouwen 13), is te klein voor een oordeel over hun invloed in deze.

Daar de beslissing voor een lichamelijk onderzoek mede bepaald werd door de vermelde klachten is het niet te verwonderen, dat het aantal klachten van niet-onderzochte personen gemiddeld lager ligt dan van onderzochte personen (tabel 33).

TABEL 33. VERHOUDING TUSSEN HET AANTAL KLACHTEN VAN WEL EN NIET LICH. ONDERZOCHE PERSONEN

	Mannen		Vrouwen	
	wel l.o.	geen l.o.	wel l.o.	geen l.o.
aantal personen	135	150	197	115
aantal klachten	1602	694	3306	813
gem. p. persoon	11,9	4,6	16,8	7,1

Het is echter niet zo, dat alle mensen met veel klachten door mij onderzocht zijn: onder de niet onderzochten bevonden zich 27 personen met ieder meer dan 10 lichamelijke klachten en 13 met meer dan 5 psychosociale klachten. Ik heb deze personen niet voor een lichamelijk onderzoek uitgenodigd, omdat ik van oordeel was hen recent voldoende onderzocht te hebben en voldoende van hun geestelijke structuur en sociale omstandigheden te weten, om geen heil te verwachten van een hernieuwd onderzoek. Ik kon dit des te gemakkelijker nalaten, daar zij zelf ook geen wens tot hernieuwd onderzoek geuit hadden. Immers, zoals eerder vermeld, alle personen (op 9 na), die dit wel wensten, zijn lichamelijk onderzocht.

Het is duidelijk, dat een dergelijke selectie alleen maar door de huisarts toegepast kan worden. Een andere instantie zou op basis van hun klachten deze mensen zonder meer dienen te onderzoeken.

Ten gevolge van de toegepaste selectie werd ruim 63% der deelnemende vrouwen onderzocht. Deze categorie was echter de draagster van 80% der door vrouwen geuite klachten.

Van de mannen werd ruim 47% nagekeken; zij droegen ongeveer 70% der door alle mannen geuite klachten (tabel 32).

### RESULTATEN VAN HET LICHAMELIJKE ONDERZOEK

#### § 1. GEVONDEN AFWIJKINGEN

##### *Inleiding*

In vele publicaties zijn reeds gegevens vastgelegd over de aard en de frequentie der afwijkingen, die bij een preventief geneeskundig onderzoek gevonden zijn. De vergelijkbaarheid van de uitkomsten wordt echter steeds bemoeilijkt door verschillen in:

1. de aard der onderzochte populatie;
2. de uitgebreidheid van het onderzoek;
3. de norm voor de grens tussen normaal en pathologisch.

Zo heeft het b.v. geen zin om mijn practijk te vergelijken met een in medisch en hygiënisch opzicht achtergebleven negerbevolking in een Amerikaanse stad (ad 1), of met die van een, van alle technische mogelijkheden voorziene, 'detection clinic' (ziekenhuisafdelingen, speciaal ingericht voor preventief geneeskundig onderzoek) (ad 2). Wat betreft 1 en 2 is mijn onderzoek slechts min of meer vergelijkbaar met andere preventieve onderzoeken uitgevoerd door huisartsen met hun standaarduitrusting in Nederland.

Een ongeveer vergelijkbaar onderzoek heeft VAN DEN DOOL (1960) gedaan bij 100 personen in Stolwijk, en voorts TEN CATE (1965) in Wassenaar. Echter, de gegevens uit mijn onderzoek hebben betrekking op een, op hun klachten geselecteerde, categorie personen. Zelfs al zou een ander onderzoek op deze basis uitgevoerd worden met dezelfde criteria, dan blijft er toch in deze selectie een subjectief element zitten. Zo is het niet uitgesloten, dat de wens tot een nader lichamelijk onderzoek van de deelnemer beïnvloed wordt door zijn relatie tot zijn huisarts en diens werkmethode in de curatieve sector.

Men zou kunnen verwachten, dat wanneer een aantal mensen op hun klachten onderzocht wordt, het aantal afwijkingen, dat gevonden wordt, groter is dan wanneer een categorie aselekt onderzocht wordt. Bij de door mij onderzochte personen van 45 t/m 49 jaar werden gemiddeld 3,2 af-

TABEL 34

Overzicht der bij het lichamelijke onderzoek gevonden afwijkingen per geslacht, met onderverdeling in: totaal aantal gevonden afwijkingen (A); totaal aantal gevonden *onbekende* afwijkingen (O); totaal aantal gevonden en vervolgens *behandelde* afwijkingen (ATH); totaal aantal gevonden *onbekende en behandelde* afwijkingen (OTH) en het totaal aantal gevonden afwijkingen, waarvoor een *aanduiding* op het formulier was (AF). De percentages onder A hebben betrekking op het overeenkomstige aantal onderzochten per geslacht.

	135 MANNEN						197 VROUWEN					
	A*		O*	ATH*	OTH*	AF*	A*		O*	ATH*	OTH*	AF*
	aantal	perc.	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal	perc.	aantal	aantal	aantal	aantal
visusstoornis	19	14,1	19	9	9	8	31	15,7	29	15	15	14
extrabulb. oogaandoening	19	14,1	17	15	14	12	11	5,6	11	10	10	10
intrabulb. oogaandoening	0	—	0	0	0	0	1	0,5	1	1	1	1
afsluitend cerumen	6	4,4	6	6	6	4	1	0,5	1	1	1	1
anat. afwijking oor	4	3,0	3	4	3	4	2	1	1	2	1	2
gchoorsvermindering	16	11,9	15	8	8	10	9	4,6	6	3	2	7
neusaandoening	10	7,4	7	5	5	9	11	5,6	9	9	7	11
aandoening tonsillen	1	0,7	1	1	1	0	3	1,5	3	3	3	3
aandoening gebit	15	11,1	14	8	8	14	20	10,1	18	9	8	17
aand. mond en pharynx	4	3,0	3	2	2	3	2	1	1	0	0	2
aandoening larynx	0	—	0	0	0	0	1	0,5	1	1	1	1
aandoening hoofdhaar	1	0,7	0	0	0	1	1	0,5	1	1	1	1
aandoening schildklier	0	—	0	0	0	0	11	5,6	7	2	1	5
phys. diagn. afw. hart	11	8,1	8	3	3	5	16	8,1	15	3	3	6
oedeem, elephantiasis	0	—	0	0	0	0	13	6,6	5	5	3	13
aandoening arteriën	4	3,0	3	2	1	4	3	1,5	2	1	1	1
aandoening venen	6	4,4	5	2	2	2	12	6,1	7	1	1	7
emphyseem	2	1,5	0	2	0	2	1	0,5	0	0	0	1
intrapulm. aandoening	13	9,6	8	7	5	10	2	1,0	1	1	0	1
intrather. extrapulm. aand.	1	0,7	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—
sputumafwijkingen	0	—	0	0	0	0	1	0,5	0	1	0	1
leververgrotingen	1	0,7	1	0	0	0	5	2,5	4	2	2	2
phys. diagn. afw. buik	11	8,1	8	8	5	10	8	4,1	6	2	1	4
herniae	5	3,7	5	3	3	4	4	2,0	4	0	0	2

aandoening anus	2	1,5	1	2	1	0			2			
huidaandoening	28	20,7	17	16	12	11	24	12,2	9	12	7	14
aandoening lymphklieren	1	0,7	1	0	0	0	1	0,5	1	0	0	0
aandoening wervelkolom	21	15,5	15	8	7	12	24	12,2	13	10	8	13
aand. gewr. bov. extr.	11	8,1	8	3	3	11	6	3,0	1	0	0	5
aand. gewr. onderste extr.	0	—	0	0	0	0	9	4,6	6	2	2	6
aandoening voeten	22	16,3	12	6	5	10	33	16,8	26	16	15	20
zweetvoeten	13	9,6	13	13	13	11	0	—	—	—	—	—
spieraandoening	1	0,7	1	0	0	1	1	0,5	1	1	1	1
anamn. afw. Z.S.	7	5,2	3	3	3	3	15	7,6	9	12	7	15
objectieve afw. Z.S.	8	6,0	5	3	1	8	5	2,5	4	1	1	3
aand. uitw. geslachtsorganen	5	3,7	4	1	1	0	9	4,6	8	5	5	2
aandoening prostaat	6	4,4	6	3	3	0	—	—	—	—	—	—
aandoening cervix	—	—	—	—	—	—	28	14,2	26	24	22	19
aand. corp uteri en adn.	—	—	—	—	—	—	8	4,1	7	4	4	5
fluor albus	—	—	—	—	—	—	15	7,6	13	11	11	12
prolaps	—	—	—	—	—	—	11	5,6	8	4	4	8
aandoening mammae	—	—	—	—	—	—	5	2,5	3	1	1	4
afwijking gewicht	33	24,4	24	17	12	15	95	48,2	55	60	45	56
afwijking bloeddruk	2	1,5	1	1	1	1	12	6,1	6	5	4	9
afwijking haemoglobine gehalte	6	4,4	6	0	0	0	27	13,7	23	21	19	12
afwijking bezinkingssnelheid	9	6,7	9	0	0	0	62	31,5	56	0	0	0
glucosurie	2	1,5	2	2	1	2	3	1,5	1	1	1	3
albuminurie	0	—	0	0	0	0	1	0,5	1	0	0	0
afwijking sediment	7	5,2	6	6	6	1	11	5,6	9	10	9	6
emotionele stoornissen	38	28,1	17	14	9	33	83	42,1	25	45	18	66
Totaal	371		274	183	153	221	662		449	320	248	394
Percentage van A*	100		73,7	49,6	41,2	59,6	100		67,8	48,3	37,5	59,5

\* A = totaal aantal gevonden afwijkingen. \* O = totaal aantal gevonden onbekende afwijkingen.

\* ATH = totaal aantal gevonden afwijkingen, die behandeld zijn. \* OTH = totaal aantal gevonden onbekende afwijkingen, die behandeld zijn.

\* AF = aantal gevonden afwijkingen, waarvoor een aanduiding op het formulier was.

wijkingen per persoon gevonden. VAN DEN DOOL vond in dezelfde leeftijdsklasse, met een ongeveer gelijke geslachtsverdeling, daarentegen gemiddeld 5,1 afwijkingen per persoon. En hier blijkt dan, dat het criterium voor het begrip 'afwijking' een belangrijke rol speelt (ad 3). De door VAN DEN DOOL gevonden afwijkingen omvatten b.v. verrucae, gebitsprothesen, en littekens op de buik; bevindingen, die ik niet als afwijkingen heb genoteerd. Bij het experimenteel preventief geneeskundig onderzoek door de Gezondheidsorganisatie T.N.O. werden gemiddeld 2,9 afwijkingen per persoon gevonden bij de 202 deelnemers. Dit aantal vertoont een overeenkomst met dat van mijn onderzoek. De onderzochte categorieën zijn echter niet vergelijkbaar: bij het T.N.O.-onderzoek werden ook personen onderzocht, die jonger waren dan 40 jaar, terwijl bovendien een aantal spreekuurbezoekers werd onderzocht.

Mijn normen om een bevinding als afwijking te bestempelen, waren in het algemeen:

1. vanuit de cliënt: bevindingen, die door de cliënt als hinderlijk worden ervaren, hetzij door beperking van zijn levensmogelijkheden (somatisch), hetzij door zijn geestelijke instelling tegenover die verschijnselen (psychisch), òf (en)

2. vanuit de arts: bevindingen, die thans of in de toekomst de ontplooiing of handhaving van de lichamelijke of geestelijke potenties van de cliënt, anders dan door biologische involutie, verminderen of mogelijk zullen doen verminderen.

Het begrip afwijking ligt door deze omschrijving dicht bij de betekenis van het woord aandoening, zoals Van Dale die geeft. Beide woorden worden dan ook in overeenstemming met het taalgebruik door elkaar gebruikt. Bij aandoening komt meer de subjectieve beleving en bij afwijking meer de objectieve toestand tot uiting.

Tabel 34 geeft een overzicht van de afwijkingen, die bij het lichamelijke onderzoek van 135 mannen en 197 vrouwen gevonden zijn. Deze zijn voor beide geslachten te vinden onder kolom A (voor Afwijkingen). Naast kolom A staan achtereenvolgens: kolom O, die het aantal mij te voren Onbekende afwijkingen weergeeft; kolom ATH, voor Afwijkingen, waarvoor Therapie gegeven is; kolom OTH, die hetzelfde weergeeft, maar dan uitsluitend voor de mij te voren Onbekende afwijkingen, terwijl tenslotte in kolom AF de Afwijkingen vermeld staan, die op het Formulier aangegeeld zijn.

Bij de beoordeling van deze gevonden afwijkingen moet bedacht worden, dat de onderzochten een geselecteerde groep vormen, die voor een gedeelte op grond van hun klachten onderzocht zijn. Ofschoon een klacht over de gezichtsscherpte voor mij geen primaire indicatie was voor nader lichamelijke onderzoek, kan deze klacht voor de deelnemer wel een reden zijn ge-



weest om de vraag naar wenselijkheid van nader lichamelijk onderzoek positief te beantwoorden. En aangezien de personen, die dit wensten, bijna allen onderzocht zijn, is het niet geoorloofd de verhouding van de gevonden afwijkingen bij de onderzochten te vergelijken met de klachten van alle deelnemers, noch kan de frequentie der gevonden afwijkingen als representatief gelden voor de gehele categorie deelnemers. Wel kunnen de gevonden afwijkingen vergeleken worden met klachten of andere gegevens der onderzochte deelnemers.

Het verband tussen klachten en afwijkingen is pas na het lichamelijke onderzoek vastgelegd: wanneer er een afwijking gevonden was, werd nagegaan of er aanduidingen voor op het bijbehorende formulier waren.

Door BRODMAN (1953) is tevens een voorspellend onderzoek gedaan: op grond van het formulier werd een voorspelling gedaan, welke afwijkingen gevonden zouden worden. Deze werden dan na het lichamelijke onderzoek met de gevonden afwijkingen vergeleken. Daarna werd een hernieuwd onderzoek ingesteld, waarbij dikwijls bleek, dat van het overschot van de op grond van het formulier veronderstelde afwijkingen (dus: veronderstelde afwijkingen min gevonden afwijkingen) er nog een aantal inderdaad gevonden werden. Deze betroffen vooral vaak emotionele stoornissen. Een dergelijk onderzoek is door mij niet verricht: hiervoor dienen twee artsen onafhankelijk van elkaar de voorspellingen te doen en het lichamelijke onderzoek te verrichten.

Het begrip 'aanduiding voor een afwijking op het formulier' is vaag. Toch was het niet mogelijk om hiervoor vaste richtlijnen aan te houden, omdat het klachtenpatroon voor iedere afwijking zo wisselend en individueel bepaald is. Als criterium voor een aanduiding heb ik zoveel mogelijk genomen de aanwezigheid van klachten, die *als regel* een bepaalde afwijking vergezellen.

In het rapport van de Gezondheidsraad over preventief geneeskundig onderzoek (1960) wordt m.i. terecht gesteld, dat een onderzoek naar de waarde van een preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk niet primair gericht dient te zijn op het registreren van de morbiditeit en evenmin op het meten van het directe effect op de gezondheidstoestand, maar meer op het vorm geven aan een nieuw type van preventieve zorg, die in de huisartsenpraktijk bruikbaar is.

Bij de beschrijving van de verschillende aspecten van gevonden afwijkingen, zoals het tevoren aan mij onbekend zijn van de afwijkingen, het verwijzen van de onderzochte naar een specialist en het succes van een therapie, zijn plaatselijke situaties als de tijd, gedurende welke de onderzoeker reeds huisarts van de onderzochte is, de aanwezigheid van een ziekenhuis in de nabijheid, de persoonlijke ambities van de onderzoeker en de instelling van de plaatselijke bevolking, van grote invloed. Hierdoor zijn deze aspecten niet meer representatief voor een prev.g.o. door de huisarts in het algemeen.

Deze aspecten zijn dan ook niet systematisch bij alle gevonden afwijkingen besproken. Wanneer ik meende, dat zij van belang waren voor de beoordeling van de sfeer en de algemene waarde van een prev.g.o. of wanneer het niet vermelden vragen bij de lezer zou oproepen, zijn zij wel vermeld.

### 1. Ogen

Een visusstoornis werd bij 50 personen (19 mannen en 31 vrouwen) gevonden; zij betrof bij 45 van hen de gezichtsscherpte van één of beide ogen op afstand. Als maatstaf hiervoor werd aangehouden een visus  $< 4/7,5$ . 4 Maal werd een presbyopie gevonden, éénmaal nachtblindheid (uitsluitend op nadere anamnestiche gegevens).

Het aantal gevonden presbyopieën is klein vergeleken met het aantal stoornissen van gezichtsscherpte op afstand. Dit is een gevolg van het feit, dat de assistente wel systematisch de visus op afstand bij alle onderzochten heeft nagegaan, en niet de kortste leesafstand. De redenen hiervoor waren:

- a. de maatstaven voor onderzoek op afstand waren voor haar concreter.
- b. de helft der onderzochte personen heeft reeds een leesbril (tabel 13), en dikwijls had men deze bij het lichamelijke onderzoek niet bij zich.
- c. de afstandsvisus is voor de gezondheid, i.v.m. verkeersongevallen, van meer belang.

Bij de personen, die reeds een bril voor afstand droegen, werd de visus met bril beoordeeld.

Een chronische conjunctivitis werd bij 16 van de 135 onderzochte mannen (11,1%) en bij 8 van de 197 vrouwen (4,1%) gevonden. Bij 16 der 18 onderzochte mannen, die een klacht over dikwijls tranende of rode, ontstoken ogen hadden, werd een chronische conjunctivitis gevonden, terwijl dit slechts bij 8 van de 31 onderzochte vrouwen met deze klacht het geval was. Het lijkt daarom waarschijnlijk, dat bij vrouwen deze klacht meer op andere oorzaken berust dan op een chronische conjunctivitis.

Toen mijn vrouw mij hielp bij het nagaan van een eventueel verband tussen vraag 211 en vraag 319 (in de overweging dat vrouwen misschien een associatie gemaakt hadden tussen tranende ogen – 211 – en tranen in de ogen – 319 –), welk verband er overigens niet was, gaf zij als laconieke oplossing dat de vrouwen vaak uien moeten schoonmaken! En ofschoon deze opmerking humoristisch bedoeld was, het is niet te bewijzen dat dit *niet* de werkelijke oorzaak van het verschil is. Vrouwen zouden meer recidiverende acute en snel voorbijgaande, en dus bij het lichamenlijk onderzoek niet te vinden, conjunctivale aandoeningen kunnen hebben (maaltijden verzorgen, stof afnemen), en mannen meer chronische (roken) en dus wel te vinden.

Bovendien was deze opmerking weer een les, om bij het associëren van bekende gegevens er voortdurend om te denken, dat er nog talloze onbekende kunnen zijn!

Verder werden als extrabulbaire afwijkingen gevonden een dermoidcyste in een bovenooglid, een blepharitis, een chalazion, een hordeolum, een ptosis der oogleden, en éénmaal een post-traumatische verlamming van een m.rectus sup.

De dubbelzijdige ptosis van een 44-jarige man, die mij hoogst sporadisch consulteerde voor kleine locale stoornissen, was mij niet onbekend. Ik had de aandoening steeds als congenitaal beschouwd. Bij het onderzoek echter bleek hij tevens een slecht gehoor te hebben, terwijl ook een dysarthrie opviel; daarnaast had hij een duidelijk ondergewicht. Zijn klachten waren o.m. moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, dorst, anorexie en dysphagie. Hij reageerde niet op het verzoek de wijsvinger met de ogen te volgen, hetgeen ik weet aan zijn trage reactievermogen. Hij werd verwezen naar een neuroloog. Deze vond behalve de ptosis nog een totale ophthalmoplegie en krachtsvermindering van alle spieren. De diagnose werd ge-

steld op ophtalmoplegia myopathica van von Graefe, welke diagnose in een universiteitskliniek bevestigd werd. Patiënt werd opgenomen. Helaas is voor deze ziekte geen werkelijke causale therapie bekend. Thans is de situatie bij deze man zodanig verslechterd (ook objectief), dat hij zich niet meer in staat voelt te werken. Het is niet uitgesloten, dat het preventieve onderzoek bij deze man een vervroeging van een waarschijnlijk blijvende invaliditeit ten gevolge heeft gehad.

Slechts éénmaal was er aanleiding om een chronisch glaucoom te vermoeden. Deze diagnose is door een oogarts bevestigd. Toch is het aantal klachten over scotomen, pijn aanvallen in of om het oog of het zien van gekleurde ringen om een lamp aanzienlijk. Daar men aanneemt, dat glaucoom bij 2,3% van alle personen boven 40 jaar voorkomt (DEKKING, 1965), zodat bij mijn onderzoek van 332 personen verwacht kon worden dat er ongeveer 7 personen deze aandoening zouden hebben, is het niet onwaarschijnlijk, dat de oppervlakkigheid van mijn oogonderzoek een aantal glaucomen over het hoofd heeft doen zien. Bij alle personen, die over scotomen of pijnen in de buurt van de ogen klaagden of aan een chronische conjunctivitis leden, is met de vingers de oogdruk geschat en met de vingerproef het blikveld bepaald. Overigens wordt noch door VAN DEN DOOL (100 personen vanaf 45 jaar) noch door VAN DER HEIDE (ruim 3000 personen van 40-65 jaar) noch door VAN ZONNEVELD (ruim 3000 personen boven 65 jaar) melding gemaakt van de vondst van een glaucoom.

## 2. Oren

Rustige oude perforaties en littekens van een mastoïdectomie werden niet als afwijking genoteerd, evenmin als ingetrokken trommelvliezen zonder klachten. Wanneer deze laatste samengingen met klachten over gehoorsvermindering of oorsuizen werd de tuba Eustachii doorgeblazen (5 maal), tenzij de betrokkene aan een acute coryza leed.

Zoals wij reeds zagen, kwam de klacht oorsuizen bij beide geslachten het meest voor in de hoogste leeftijdsklasse (hoofdstuk IV, § 2, 3.11.2). Het ligt voor de hand een relatie te leggen met een toegenomen atherosclerose. Toch kwamen bij alle onderzochten met deze klacht andere aandoeningen voor, die eveneens verantwoordelijk voor dit oorsuizen kunnen zijn. Deze aandoeningen waren:

Mannen (8)		Vrouwen (17)	
loopoor	1	otitis externa	2
cerumen	1	cerumen	1
ingetrokken trommelvlies	1	ingetrokken trommelvlies	2
oud schedeltrauma	1	anaemie	1
extrasystolie	2	cariëus gebit	1
emotionele stoornissen	2	emotionele stoornissen	10

Door JONGKEES (1965) worden o.m. emotionele stoornissen als oorzaak voor oorsuizen genoemd. Het aantal emotionele stoornissen liep bij de onderzochten met deze klacht echter procentueel parallel met dit aantal bij alle onderzochten, zodat een mogelijk verband niet aantoonbaar was.

Bij de 7 onderzochte mannen met een klacht van etterige afscheiding uit een oor werd 3 maal een chronisch loopoor gevonden, waarvoor er 2 zijn doorgestuurd naar een k.n.o.-arts. Bij 3 andere van deze 7 mannen bleek de afwijking te berusten op verwekend cerumen, bij 1 werd geen afwijking vastgesteld. Bij de onderzochte

vrouwen zijn geen lopende oren gevonden. Wel werd bij 2 van hen een schilferende otitis externa ontdekt, die bij beiden gepaard ging met de klacht oorsuizen.

Voor vermindering van de gehoorscherpthe, die door de assistente bepaald werd en door mij bij pathologische uitslagen gecontroleerd, werd als maatstaf genomen een fluisterstem, die niet verder dan op 3 meter afstand gehoord werd. Ofschoon het onderzoek met de fluisterstem geen goede methode is voor de bepaling der gehoorscherpthe, moest ik mij uit tijdnoed met deze methode behelpen. Op deze wijze werd bij 16 mannen (11,9% van de onderzochte mannen) en 4 vrouwen (4,6%) gehoorsvermindering vastgesteld. Ook VAN DEN DOOL en VAN DER HEIDE vonden bij mannen relatief meer gevallen van verminderde gehoorsscherpthe dan bij vrouwen.

In hoofdstuk IV § 2, 3.8.2 werd bij de bespreking der klachten de mogelijkheid geopperd, dat gehoorsvermindering bij mannen voor een deel het gevolg zou kunnen zijn van het lawaai in de fabrieken. Daarbij bleek, dat de klacht bij werknemers in een gesloten bedrijf vaker voorkwam dan bij andere mannen. Bij het lichamelijke onderzoek bleken 13 van de 16 mannen met een één- of dubbelzijdige vermindering van de gehoorsscherpthe in een gesloten bedrijf te werken. Bij 7 van deze 13 werd echter een andere oorzaak dan lawaai gevonden voor hun gehoorsvermindering (oude otitis media 3, ingetrokken trommelvlieszen 3, familiäre doofheid 1). Bij 2 van de 6 overblijvenden werd het vermoeden op lawaaidoofheid audiometrisch bevestigd; 4 personen hadden geen behoefte aan nader specialistisch onderzoek.

Het chronische loopoor van 3 mannen had slechts bij 1 tot (met de fluisterstem vast te stellen) gehoorsvermindering geleid.

Aan 1 vrouw met duidelijke vermindering der gehoorsscherpthe werd een hoorapparaat geadviseerd. Zij had vroeger beiderzijds een conservatieve radicale mastoïdectomie ondergaan. Deze vrouw heeft door dit apparaat een geheel ander leven gekregen. Tevoren gedeprimeerd en prikkelbaar, is zij thans (onder controle voor een vermageringskuur) de opgewektheid zelve.

In 8 van de 10 gevallen van dubbelzijdige gehoorsvermindering was deze afwijking aan de onderzochten opgevallen, terwijl van de 15 personen met een eenzijdige gehoorsvermindering 9 de aandoening hadden opgemerkt.

Bij 1 man werd een parotistumor ontdekt, die de uitwendige gehoorgang bijna geheel dicht drukte. Bij extirpatie bleek deze een goedaardig menggezwell te zijn.

### 3. Neus

De aandoeningen, die bij het neusonderzoek gevonden werden, waren:

atrophische rhinitis	1
slijmvlieszwelling	7
poliepen	4
chronische rhinitis	4
(kraak)benige afw.	5

Aandoeningen der bijholten zijn met transluminatie niet gevonden; er werd alleen naar gezocht bij klachten, die in deze richting wezen.

### 4. Larynx, pharynx, tonsillen, mond en gebit

Bij 1 van de 4 onderzochte vrouwen, die een langer durende heesheid als klacht aangegeven hadden, werd een chronische laryngitis vermoed; de k.n.o.-arts kon geen afwijkingen (meer) vinden.

Bij 1 man en 3 vrouwen werden chronisch ontstoken tonsillen gevonden. Geen dezer 4 personen had een verhoogde bezinking of hartgeruisen. Bij 1 van de 3

vrouwen werd tonsillectomie gedaan, omdat zij al langere tijd reumatische klachten had.

Bij 2 mannen werd een chronische pharyngitis ('rokerskeel') gevonden.

19 Personen bleken een gebit te hebben met overwegend carieuze elementen, 16 een gebit, waaraan zoveel elementen ontbraken, dat er van enige kauwfunctie geen sprake kon zijn. Mijn maatstaven om hier werkelijk van afwijkingen te spreken verklaren het grote verschil tussen de door de onderzochte personen opgegeven gebitsafwijkingen en de genoteerde afwijkingen (tabel 28, vragen 225 en 226). Het was opvallend, dat een slecht verzorgd gebit bij de mannen alleen onder de verzekerden werd waargenomen. De omstandigheid, dat de verzekerde voor een volledige prothese zelf een bedrag van f. 86,— (minus 20% voor aanvullend verzekeren) moet betalen, kan hierbij van invloed zijn.

De klachten over ontstekingen en bloedingen van het tandvlees waren bij 7 onderzochte vrouwen met deze klacht het gevolg van het slechte gebit (paradentitis), bij 2 van de gebitsprothese.

Bij de 10 onderzochte personen met een klacht over speekselvloed waren geen aanknopingspunten voor een beginnend parkinsonisme te vinden, noch was er relatie met het roken van sigaretten. De speekselvloed is trouwens bij geen van hen door mijzelf geconstateerd.

2 Maal werd een tongafwijking gevonden: een landkaarttong en een (mij bekende) glossitis luetica. 2 Personen hadden tijdens het onderzoek kloven in de mondhoeken.

## 5. Hals

De vraag naar vergroting der schildklier werd door geen der deelnemende mannen positief beantwoord. De 5 onderzochte vrouwen met deze klacht hadden allen een schildkliervergroting. De afwijking was mij bij 3 van hen bekend. Bij het lichamelijke onderzoek bleek bij hen geen duidelijke omvangvergroting te constateren. Wel had 1 van deze 3 vrouwen bij het onderzoek vele verschijnselen van hyperthyreoidie (hoofdstuk IV, § 2, 3.11.5). Zij heeft naar aanleiding van een nader specialistisch onderzoek, waarbij ook een tracheaverdringing gevonden werd, een strumectomie ondergaan.

Ook bij 6 vrouwen, die op hun formulier geen klacht over een verdikking aan de voorzijde van de hals opgegeven hadden, werd nog een struma gevonden, waarvan er 5 onbekend waren. In totaal zijn dus bij het lichamelijke onderzoek van 197 vrouwen 7 tevoren onbekende strumata gevonden (3,6%), waarvan er slechts 2 op het formulier aangeduid waren.

Een percutoire demping op het manubrium sterni werd bij geen van hen gevonden.

Eén vrouw had een mij bekend struma en klaagde nu over orthopneu. Daarbij had zij tevens drukpijn op de galblaasstreek. Voor beide aandoeningen werd zij naar een internist gestuurd. Een jaar eerder had ik dit ook gedaan onder de diagnose acute cholecystitis, doch toen bleek zij een acute opgeslagen appendicitis te hebben. Thans had ik in mijn uitleg voor de verwijzing meer de nadruk gelegd op de schildklier, dus wie schetst haar verbazing toen ze thans aan de galblaas geopereerd werd! De internist had evenals 2 jaar tevoren een lichte verdringing van de trachea gevonden, die echter niet toegenomen was. Toen zij echter een half jaar hierna weer naar hem verwezen werd, nu vanwege een haematurie, veroorzaakt door een blaassteen, die ook weer verwijderd moest

worden, en die ik bij dit onderzoek niet gevonden had (zij had wel mictieklachten, maar het urinesediment was geheel schoon), was voor haar de maat vol en koos zij een andere huisarts.

De aan de nek gevonden afwijkingen waren éénmaal een myalgie der nekspieren, 3 maal een dwangstand van de halswervels en 9 maal verschijnselen van arthrosis cervicalis.

#### 6. Hart

Met behulp van een nadere anamnese, percussie en auscultatie werden de volgende bijzonderheden van de harten der onderzochten vastgesteld:

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
systolische soufflé aan de punt	3	3
systolische soufflé over het hele hart	2	5
diastolische soufflé	0	1
hartvergroting	0	1
hartvergroting met soufflés	2	2
extrasystolie	1	2
tachycardie > 112 p/min.	1	2
angine d'effort	1	0
angina pect. emotion.	1	0
totaal	11	16

Het was moeilijk om in sommige gevallen de medische betekenis van de gevonden bijzonderheden te beoordelen. Ik heb ze als afwijking genoteerd, omdat het niet zeker was, dat zij later geen ziekteverwekkende of -beïnvloedende factoren zouden kunnen gaan worden.

De gevonden soufflés waren allen 2e of 3e graads: niet luid, doch wel onmiddellijk te horen.

Van de 18 personen met een soufflé was mij dit feit slechts bekend bij 2 vrouwen met een systolische soufflé aan de punt (geen 'hart'-patiënten) en bij 1 man met een ernstig mitralisklepgebrek.

Slechts 2 van de 13 personen met een systolische soufflé hadden hartklachten opgegeven.

Bij 1 vrouw, die zowel een soufflé over het gehele hart had als een hartvergroting, werd tevens een meer dan voetbalgrote uterus myomatosus gevonden. Haar hartafwijking werd gediagnostiseerd als een oude rheumatische mitralisklep-aandoening (haar historia morbi vermeldde 'jeugdrheumatiek'). Tijdens de opname voor de uterusextirpatie bleek zij ook af en toe een boezemfibrillatie te hebben. Deze vrouw was gedurende de twaalf jaar, dat ik haar huisarts ben, nog nooit bij mij geweest en had geen hartklachten op haar formulier vermeld.

De vrouw met een diastolische soufflé had evenmin hartklachten vermeld. Of-schoon zij ook nog een hernia umbilicalis en maagklachten had, wilde zij zich in verband met huiselijke moeilijkheden, die zij mij reeds in een, het formulier begeleidende, brief medegedeeld had, niet verder specialistisch laten onderzoeken.

Behalve de man met het mij bekende mitralisklepgebrek, die reeds onder specia-

listische contrôle stond, hadden de overige 2 vrouwen en 1 man met een hartvergroting geen hartklachten. Eén van deze 2 vrouwen had een hypertensie. Bij de andere vrouw en de man waren de lichte graad der vergroting en de afwezigheid van klachten voor mij reden om geen specialistisch onderzoek te laten instellen.

De 2 mannen en 4 vrouwen met een rhytmestoornis waren allen nerveus of gespannen en werden dienovereenkomstig behandeld.

Eén man had bij de nadere anamnese duidelijk klachten van angina pectoris bij inspanning en claudicatio intermittens. Een specialistisch onderzoek bracht een normaal electrocardiogram aan het licht. Toch heb ik hem enkele 'hartspiersparende' adviezen gegeven. Een tweede man had anamnestic duidelijk angineuze klachten bij opwindning. Hij was kort te voren als baas aangesteld over zijn vroegere medewerkers en kon dat voor zijn gevoel niet aan. Een half jaar later waren zijn klachten spontaan verdwenen.

Van de 27 personen met een vastgestelde hartafwijking gaven 2 in hun historia morbi jeugdrheuma en 3 gewrichtsrheumatiek op. Alleen de man met het ernstige mitralisklepbrek gaf hartziekte op als vroegere ziekte. Slechts 12 personen hadden overeenkomstige ('duidelijke') klachten op het hoofdblad van de vragenlijst aangegeven. In totaal waren dit 19 klachten, waarvan 9 over pijn op de borst bij inspanning. Bij 15 van de 27 personen met een vastgestelde hartafwijking (lees voor sommigen de bijzonderheid) verliep deze dus asymptomatisch.

Door de 135 onderzochte mannen zijn echter 102 klachten en door de 197 onderzochte vrouwen 235 klachten geuit die op de mogelijkheid van een hartaandoening wijzen. Bij slechts 4,4% van deze klachten zijn dus inderdaad afwijkingen aan dit orgaan gevonden. En dan nog is het twijfelachtig of een gevonden afwijking, zoals een systolische soufflé, steeds de oorzaak van de klachten is geweest.

Het was daarom nodig om na te gaan of ook andere aandoeningen verantwoordelijk konden zijn voor deze pseudo-cardiale klachten. Ik heb dit nagegaan voor overgewicht, anaemie en emotionele stoornissen. Tabel 35 geeft hier een overzicht van.

TABEL 35 SAMENGAAN VAN 'HARTKLACHTEN' MET ENKELE AFWIJKINGEN BIJ DE ONDERZOCHE PERSONEN

	Mannen						Vrouwen					
	aantal onderzochten	hart afwijking	emotionele stoornissen	overgewicht	anaemie		aantal onderzochten	hart afwijking	emotionele stoornissen	overgewicht	anaemie	
	135	11	38	23	4		197	16	83	92	27	
243 angine d'effort	23	5	6	7	0		36	4	21	16	4	
244 uitstralende pijn	5	0	3	1	0		17	0	13	8	0	
245 angina emotionalis	16	1	11	3	0		20	2	12	8	2	
246 palpitaties	18	1	11	4	1		40	2	25	18	4	
247 dyspnoe d'effort	30	2	15	7	1		42	0	21	26	8	
248 oedemen	2	1	0	0	0		48	0	23	30	4	
249 orthopneu	8	0	5	1	0		32	1	22	17	1	

Wanneer wij de klacht over oedemen bij de man met het reeds beschreven mitralis-klepgebrek buiten beschouwing laten, dan komt een *hartafwijking*, zoals die met mijn onderzoek gevonden kon worden, relatief het vaakst te voorschijn bij mannen en vrouwen met angine d'effort-klachten; bij mannen relatief vaker dan bij vrouwen.

Het aantal *emotionele stoornissen* is bij deze 'hartklachten' relatief hoog; behalve bij de klacht, waarbij wij dit ook niet verwachten, het oedeem.

Een *overgewicht* hangt niet duidelijk samen met 'hartklachten'. Het komt slechts in geringe mate bij mannen met angine en dyspnoe d'effort-klachten vaker voor dan bij alle onderzochte mannen. Bij vrouwen komt het relatief wat vaker voor bij klachten over dyspnoe d'effort en oedemen.

Een *anaemie* is alleen mogelijk van invloed geweest op de klacht dyspnoe d'effort bij vrouwen.

De klacht nycturie, die ook een uiting kan zijn van een minder goede hartfunctie, werd slechts éénmaal door een patiënt met een hartaandoening vermeld (de man met het bekende ernstige klepgebrek). Bij alle andere 37 onderzochte personen met deze klacht waren geen aanknopingspunten voor een cardiale oorsprong te vinden.

4 Van de 27 personen met een 'hartafwijking' kregen een medicamenteuze therapie (rhytmestoornissen), 2 kregen adviezen, en met 1 man (met een emotionele angina pectoris) is een gesprek gevoerd. 2 Vrouwen en 1 man zijn naar een specialist verwezen. Deze 10 personen hadden samen 13 hartklachten, d.w.z. van alle 337 hartklachten kwam slechts 3,6% in aanmerking voor de één of andere direct op het hart gerichte therapie (waaronder verwijzing naar een specialist). In hoeverre de behandeling van andere begeleidende aandoeningen als emotionele stoornissen of gewichtsafwijkingen sommige 'hartklachten' tot verdwijning heeft gebracht, viel met dit onderzoek niet na te gaan. Ook kan het lichamelijke onderzoek zelf een gunstige invloed gehad hebben op het eventueel verdwijnen van een aantal van deze klachten.

## 7. Bloedsomloop

Bij het lichamelijke onderzoek werden de volgende, mogelijk met de bloedsomloop samenhangende, afwijkingen gevonden:

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
oedeem	0	5
elephantiasis	0	8
varices	6	12
claudicatio intermittens	1	0
koude, bleke tenen of vingers	3	3
	<hr/> 10	<hr/> 28

Ofschoon door 48 onderzochte vrouwen de vraag naar verschijnselen van vocht-oophoping in de enkels en de voeten positief beantwoord was (hoofdstuk IV, § 2, 3.8.6), werd hypostatisch oedeem slechts bij 5 van hen gevonden. Een cardiale oorzaak was hiervoor niet aan te tonen, wel hadden 2 een anaemie (van 50 en 68% hgb.)

Bij 8 vrouwen werd een toename van de omvang der onderbenen door vermeerdering van onderhuids bindweefsel gevonden (elephantiasis).



Bij de onderzochte vrouwen, die over oedeem klagen, kwam overgewicht in 62,5% voor; bij alle onderzochte vrouwen in 46,3%. Van de 13 vrouwen, bij wie tijdens het onderzoek oedeem of elephantiasis gevonden werd, hadden er 10 een overgewicht; van de 3 overigen had 1 een elephantiasis overgehouden uit haar Indische kamptijd, een ander had een duidelijk ondergewicht.

Bij 35 van de 48 op de klacht oedeem onderzochte vrouwen was dus bij het lichamelijke onderzoek, dat bij vrouwen in de middaguren plaats vond, geen oedeem te vinden. Het is niet uitgesloten dat het aantal bevindingen groter zou zijn geweest, indien zij 's avonds onderzocht zouden zijn. Bij het lichamelijke onderzoek van de 2 mannen met deze klacht had geen van beiden oedeem aan de benen. Eén heeft een bekende hartaandoening, met perioden van decompensatie, bij de ander werden geen aanknopingspunten voor cardiale afwijkingen gevonden.

Van de 12 vrouwen met varices hadden 8 tevens een overgewicht.

Van de 8 personen, die klachten hadden, welke op een claudicatio intermittens wezen, werd deze aandoening bij slechts 1 man gevonden.

### 8. Luchtwegen

Gevonden afwijkingen:

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
emphyseem	2	1
verspreide rhonchi	11	2
plaatselijke crepitaties	1	—
hyperonore percussie	1	—
pleurawrijven	1	—
sputumafwijkingen	—	1
	<hr/>	<hr/>
totaal	16	4

In overeenstemming met de gegevens over de vroegere ziekten en de klachten, werden bij mannen meer afwijkingen gevonden dan bij vrouwen.

Eén vrouw had zowel emphyseem als verspreide rhonchi als geïnfecteerd sputum. Zij is al sedert jaren bekend als lijdster aan een chronische asthmatische bronchitis met recidiverende infecties.

Slechts bij 1 andere vrouw van de 197 onderzochten werd nog een lichte bronchitis gevonden.

Van de 11 mannen met verspreide rhonchi rookten 9 dagelijks sigaretten en kregen het advies hiermee te stoppen. In tegenstelling tot de conclusie bij de klachten, is bij de bevindingen enige relatie tussen roken en bronchiale prikkeling dus niet uitgesloten.

2 Mannen werden specialistisch onderzocht. Eén werd wegens een locale hyperonore percussie verwezen naar een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding, waar hij regelmatig onder controle is. Deze man had ook vermeld soms bloederig slijm op te geven. Bij onderzoek werden geen actieve processen gevonden.

Over de ander, bij wie ik plaatselijk wat crepitaties had gevonden, schreef de longarts: 'Zelf kon ik op het ogenblik bij auscultatie geen afwijkingen horen, al was het ademgeluid rechts onder wel wat zwakker dan links. Röntgenologisch is dit zo'n vervelend twijfelgeval, waarbij je je steeds weer afvraagt, is er nu iets te zien of niet. Het rechter diaphragma staat iets hoger dan je zou verwachten, terwijl het

ook iets trager in beweging is. Dit kan op zich zelf volkomen normaal zijn, maar als je een keer aan het verdenken bent, durf je eigenlijk geen definitief oordeel uit te spreken. Toch vind ik het, mede gezien de normale bezinking, weer te weinig om de man aan een volledig onderzoek te onderwerpen. Voorlopig zou ik maar doen of er niets aan de hand is, maar hem veiligheidshalve over twee maanden toch eens ter contrôle sturen'. Dit is gebeurd, en achteraf zijn geen afwijkingen geconstateerd. Het is wel duidelijk, dat deze man (hij had geen overeenkomstige klachten) in deze twee maanden een bijzonder nare tijd heeft doorgemaakt. Ofschoon hij achteraf blij was dat alles goed was, vertelde hij toch, dat hij in die maanden veel slapeloze nachten had doorgemaakt. Ook dit is een aspect van het preventief geneeskundig onderzoek.

Het pleuritisch wrijven werd gevonden bij een man die kort te voren een pneumonie had doorgemaakt.

Van de 30 onderzochte mannen, die dyspnoe d'effort als klacht opgegeven hadden (vraag 297), werd slechts bij 3 een afwijking gevonden: eenmaal een emphyseem, 2 maal een lichte chronische bronchitis. Van de 42 onderzochte vrouwen met deze klacht had slechts 1 een afwijking (emphyseem).

De 2 mannen, die wel eens bloederig slijm (vraag 255) opgaven, waren reeds onder contrôle van een consultatiebureau en werden hier weer naar verwezen. Eén vrouw met deze klacht is onderzocht en verwezen naar de internist omdat zij ook een anaemie had. 2 Vrouwen zijn niet onderzocht. Deze waren kort te voren nog door mij nagekeken, terwijl bovendien van hen een schermbeeldfoto gemaakt was tijdens het in het onderzoekjaar vallende bevolkingsonderzoek.

#### 9. Maag-darmstelsel en buikwand

Bij het lichamelijke onderzoek van de buik werden de volgende afwijkingen gevonden:

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
leververgroting	1	5
afw. bij ausc. en palp.	11	8
hernia	5	4
afw. aan anus	2	5
totaal	19	22

Bij 6 personen was de lever meer dan een vingerbreed voelbaar. Het bij hen verrichte urineonderzoek op urobiline en bilirubine leverde geen afwijkingen op.

Tumoren, met uitzondering van die, welke samenhangen met de vrouwelijke geslachtsorganen, werden niet aangetroffen.

3 Maal werd op grond van de anamnese en auscultatie een dyspepsie vermoed. Bij 2 personen ging dit samen met emotionele spanningen, terwijl de derde geregeld met antibiotica behandeld wordt wegens een chronische bronchitis.

Bij 7 personen werd een locale drukpijn gevonden, 3 maal in het rechter epigastrium, 3 maal op de plaats van Mc. Burney en éénmaal links onder in de buik. Daarnaast werd 3 maal een gevoelig spastisch colon gevonden. Eénmaal werd duidelijk pijn aangegeven op de aanhechting van de m.obliquus internus aan de crista iliaca. Dit is behandeld met een injectie met een lokaal-anaestheticum, waarna de pijn blijvend verdwenen is.

Op grond van de anamnese en nader specialistisch onderzoek werd bij 1 man een maagresectie verricht. Bij 2 vrouwen werd later een galblaasextirpatie gedaan; één van hen is reeds beschreven bij de afwijkingen van de schildklier. Eén man werd opgenomen voor een dieetkuur wegens een ulcus duodeni, terwijl tevens bij hem de calcium-stofwisseling nagegaan is, omdat hij regelmatig kleine steentjes met de urine produceerde.

Bij 1 vrouw is later appendectomie verricht op grond van haar hardnekkige drukpijnlijkheid op de plaats van Mc. Burney. De appendix was niet ontstoken, wel lang en opgeslagen. Haar klachten zijn na de operatie weggebleven.

Onderzoek door een internist vond plaats bij een man, die naast chronische buikklachten, gezwollen lieslymfklieren en een ondergewicht, ook een amoebendysenterie in zijn historia morbi had. Bij hem werden geen aandoeningen geconstateerd. Wel verdwenen de klachten na dit (geruststellend) onderzoek.

Bij 1 man werd op grond van zijn anamnese rectoscopie verricht, waarbij geen afwijkingen gevonden werden. Twee maal werden haemorrhoiden geconstateerd, die ten tijde van het onderzoek geen klachten veroorzaakten, 3 maal een perianale irritatie.

Speciaal ten aanzien van het colon manifesteert zich de beperktheid van een preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts. Met rectoscopie en colonfoto's worden in de zgn. detection clinics meermalen belangrijke afwijkingen gevonden. Zo vinden TANZI en ADAMS (1960) bij 20% der onderzochte personen afwijkingen op de colonfoto, en bij 11,5% afwijkingen bij rectoscopie, waarvan 20% waarschijnlijk maligne adenomen en poliepen.

Bij 4 mannen werd een hernia inguinalis gevonden, die bij 3 chirurgisch is behandeld. Eén man voelde niet voor deze therapie, en aangezien hij tevens aan een chronische bronchitis leed, heb ik vanwege het verhoogde risico van postoperatieve complicaties hier niet te sterk op aangedrongen. Bij 1 man werd een zeer zwakke plek in de rechter lies gevonden, nog geen breukpoort.

Bij 4 vrouwen werd een hernia umbilicalis vastgesteld, waarvoor geen directe therapie noodzakelijk was.

## 10. Huid en hoofdhaar

Hoewel de huid een orgaan is, dat zich gemakkelijk voor inspectie leent, is het aantal gevonden afwijkingen 2 maal zo groot als het aantal overeenkomstige klachten op het formulier. Wellicht kan dit verklaard worden, doordat de deelnemers, gewend bij de voorafgaande vragen te letten op klachten ontstaan in de laatste twaalf maanden, niet gereageerd hebben naar aanleiding van aandoeningen, die zij al jaren hebben. Deels zijn deze aandoeningen, die bij het lichamenlijk onderzoek wel gevonden werden, wel als afwijking genoteerd, omdat zij later misschien via maligne degeneratie, uitbreiding of ontsteking van medisch belang kunnen worden (grote atheroomcysten, congenitale naevi, psoriasis).

Bij de gevonden afwijkingen waren geen carcinomen of praecarcinomateuze aandoeningen.

Geen der onderzochten met klachten van furunkels had een glucosurie.

Bij 6 mannen en 12 vrouwen werd een eczeem gevonden. Enige invloed van psychische spanningen was hierbij niet aantoonbaar: slechts 1 man en 2 vrouwen met eczeem hadden een emotionele stoornis.

Bij 3 mannen en 1 vrouw werd een psoriasis gevonden.

4 Maal werden hinderlijke verrucae verwijderd.

4 Maal was er reden om aan te nemen, dat er een schimmelinfectie tussen de tenen aanwezig was.

Een interessante onbekende bevinding leverde een vrouw, die vanaf haar geboorte talloze kleine naevi pigmentosi had, doch uitsluitend op de linker lichaamshelft.

Eén vrouw werd voor een uitgebreid chronisch eczeem van hoofd, hals en borst verwezen naar de huidarts, daar de vroeger door mij ingestelde therapie niet geholpen bleek te hebben.

Bij de 27 onderzochte mannen, die haaruitval opgaven, was dit slechts bij één van hen misschien pathologisch bij een atrofische hoofdhuid (post of propter).

Van de 8 onderzochte vrouwen met deze klacht werd slechts bij 1 een pathologische diffuse haaruitval gevonden. Zij had tevens een anaemie door ijzergebrek. Met de verbetering van deze aandoening verdween ook de haaruitval, hetgeen uiteraard een toevallige samenloop kan zijn.

### 11. *Lympheklieren*

Bij 1 vrouw werden suspecte vergrote lymphklieren gevonden langs de m. sternocleidomastoidius. Zij had tevens een ondergewicht. Onderzoek door een internist bracht geen afwijkingen aan het licht.

Bij 1 man, met eveneens een ondergewicht, werden verschillende gezwollen lies-lymphklieren gevonden. Een kliertje werd pathologisch-anatomisch onderzocht en gaf slechts een banaal ontstekingsbeeld te zien.

Het is niet uitgesloten, dat ondergewicht c.q. de dunne vetlaag het vinden van klieren in de hand werkt, en dat wij in deze gevallen zeer voorzichtig dienen te zijn met de interpretatie van de bevindingen.

### 12. *Bewegingsapparaat*

Spieraandoeningen, die niet secundair waren aan andere lichamelijke afwijkingen (gewrichtsafwijkingen, neurogene stoornissen) zijn slechts bij 1 man en 1 vrouw gevonden. De man, die zeer nerveus is, had een algemene hypertonie van zijn grote spieren. De orthopaed vond bij hem geen organische afwijkingen. De vrouw had 2 myogelosen in de rechter bilspeer met klachten, die met twee injecties van een lokaal-anaestheticum verdwenen. Bij 1 man heb ik een diffuse parese der spieren over het hoofd gezien, die later door een neuroloog wel gevonden is.

Afwijkingen van de *bovenste extremiteiten*

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
afw. van reumatische oorsprong	0	3
niet reumat. aand. schouders	7	1
niet reumat. aand. ellebogen	2	2
niet reumat. aand. polsen	1	0
osteochondroom sternoclav. gew.	1	0
	<hr/>	<hr/>
totaal	11	6

Bij 1 der 3 vrouwen met aandoeningen van reumatische oorsprong was deze diagnose dubieus. Zij had pijn bij beweging der metacarpophalangeale gewrichten aan één hand. Anatomisch waren er geen gewrichtsafwijkingen te vinden. Zij maakte zich ongerust over deze verschijnselen, daar haar moeder 'ook' reuma had gekregen op haar leeftijd. De normale bezinking en de negatieve anatomische bevindingen

waren voor mij reden om haar nog geen specialistisch onderzoek te adviseren. Nadien is zij niet met nieuwe 'rheumatische' klachten terug geweest. De beide andere vrouwen met rheumatische gewrichtsaandoeningen waren mij reeds bekend.

Van 1 man was bekend, dat hij een osteochondroom bij het rechter sternoclaviculair gewricht had. De zwelling leek echter groter geworden te zijn en daarom werd hij (opnieuw) naar de orthopaed verwezen. Dit heeft echter geen therapeutische consequenties gehad. Zijn overeenkomstige klacht was in dit geval pijn op de borst bij rustig zitten (vraag 245).

#### Afwijkingen van de *onderste extremiteiten*

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
arthrosis heup	0	1
arthrosis knieën	0	4
slappe enkel	0	4
doorgezakt lengtegewelf voet	17	18
doorgezakt dwarsgewelf	2	11
transpirerende voeten	13	0
hamertenen	0	2
misvorming voeten	2	1
hinderlijke eeltplekken	1	1
totaal	35	42

Bij mannen werden aan de onderste extremiteiten, behalve aan de voeten, geen afwijkingen gevonden.

Van de 9 vrouwen met een afwijking aan de grote gewrichten van de benen hadden 3 een overgewicht. Het feit, dat er door de onderzochten van beide geslachten veel meer klachten geuit zijn, dan er afwijkingen gevonden werden, wijst er misschien op, dat klachten over beginnende gewrichtsaandoeningen als arthrosis deformans aanzienlijk vooruit lopen op met fysieke diagnostiek te vinden afwijkingen.

Evenals dit uit de antwoorden op het anamneseformulier bleek, hebben mannen vaker dan vrouwen (hier: uitsluitend) last van voor hen zelf of hun omgeving hinderlijke zweetvoeten.

Een doorgezakte voorvoet werd meer bij vrouwen dan bij mannen gevonden, hetgeen misschien te verklaren is door de hogere hakken, die vrouwen dragen, waardoor via de schuine stand van de voet het gewicht meer op de voorvoet overgebracht wordt. Zij klaagden ook veel vaker over vermoeide of pijnlijke voeten (tabel 28, vraag 279).

#### Afwijkingen van de *wervelkolom*

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
scoliose	4	2
abn. thor. kyphose	8	6
abn. lumb. lordose	3	5
locale drukpijn paravertebraal	0	2
bewegingsbeperking	1	0
totaal	16	15

Een te sterke thoracale kyphose kwam iets vaker bij mannen voor, een te sterke lumbale lordose iets vaker bij vrouwen.

De afwijkingen van de nek zijn reeds beschreven onder punt 5 van deze paragraaf. Bij de man met bewegingsbeperking was de oorzaak gelegen in een algemene spierstijfheid.

### 13. Zenuwstelsel

Bij het onderzoek van het zenuwstelsel deed zich herhaaldelijk de moeilijkheid voor, dat klachten in deze sector, die een afwijkende toestand aangeven, bij onderzoek niet objectief aangetoond konden worden. Vele der geconstateerde afwijkingen zijn dan ook uitsluitend gebaseerd op de anamnese. Daarnaast was het soms niet mogelijk om van bepaalde lichamelijke bevindingen de pathologische betekenis te beoordelen. Het waren dan de indruk van de gehele persoon of de begeleidende klachten, die mij deden besluiten om op zichzelf dubieuze bevindingen als afwijking te noteren. Het lichamelijke onderzoek beperkte zich tot een nagaan van de meest gangbare arm- en been-reflexen, spierkracht, nystagmus, de reacties van Romberg en Lasèque, en soms, wanneer de anamnese hier aanleiding toe gaf, tot een beperkt lokaal sensibiliteitsonderzoek.

#### A. afwijkende bevindingen, uitsluitend vastgesteld door nadere anamnese:

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
migraine-achtige hoofdpijn	1	10
chronische hoofdpijn	0	3
apathie	1	0
aanvallen van draaiduizeligheid	1	0
oorsuizen	1	0
prikkeling armzenuwen	3	2
	<hr/>	<hr/>
totaal	7	15

10 Vrouwen en 1 man leden aan een migraine-achtige hoofdpijn, die door allen op het formulier aangeduid was.

Door 3 vrouwen werd een hinderlijke chronische hoofdpijn vermeld, waarvoor 1, in verband met epilepsie in de familie-anamnese, naar de neuroloog werd verwezen. Bij 1 was de hoofdpijn uitsluitend praemenstrueel, bij de derde vrouw werd een hypotensie als oorzaak van de hoofdpijn aangenomen.

De apathie van 1 man welke als afwijking is opgenomen, is ontstaan na een ernstig schedeltrauma.

Eén man had in zijn anamnese aanvallen van draaiduizeligheid, die samenhangen met spanningen op het werk. Deze zelfde samenhang bestond bij een man, die reeds bij verschillende specialisten was geweest voor oorsuizen, waarvoor geen otologische of andere oorzaak gevonden werd.

Eveneens werd, uitsluitend op anamnestiche gronden, 5 maal een paraesthesie van de zenuwen van cervicale oorsprong vastgesteld. Eénmaal werd daarbij een duidelijke drukpijn op de plexus brachialis gevonden. Als oorzaken voor deze verschijnselen werden 4 maal een arthrosis cervicalis aangenomen, terwijl éénmaal een snoerend b.h.-bandje als schuldige werd aangewezen.

Bij 4 van de 10 vrouwen met migraine-achtige hoofdpijn werd tevens een emotionele stoornis gevonden, bij 5 een overgewicht. Deze verhoudingen komen overeen met die bij alle onderzochte vrouwen, zodat van een samenhang niets blijkt.

Dat een aandoening in de hersenen soms in het geheel geen afwijkingen oplevert bij een onderzoek, zoals dat door mij uitgevoerd kon worden, zodat men soms voor bijzonder tragische verrassingen kan komen te staan, werd bij dit onderzoek ook ondervonden.

Het betrof een 41-jarige vertegenwoordiger, die mij uitermate zelden consulteerde. Hij had de wens te kennen gegeven om onderzocht te worden. Zijn formuliergegevens waren: vaak keelpijn (met koorts en pijnlijk slikken), maagzuur, opboeren en dikwijls jeuk. Bij het lichamelijke onderzoek op een zaterdagmorgen gaf hij als aanvullende anamnese aan, dat hij veel last van zijn rug had en af en toe een doof gevoel in de linker arm. Gevonden werden een licht ondergewicht (71,5 kg bij een lengte van 180 cm), een beiderzijds iets verminderd gezichtsvermogen op afstand, een haemoglobinegehalte van 100%, een bloeddruk van 125/85 mm Hg, een bezinkingssnelheid van 7/19, normale urine en ontlasting, een lumbale scoliose en doorgezakte voeten. Twee dagen later werd ik acuut bij hem ontboden. Hij had een epileptiform insult gehad. Behalve een kaakluxatie bleek hij nu een duidelijke parese van de linker arm te hebben. Na enige dagen was het beeld zodanig verbeterd, dat hij een neuroloog kon consulteren. Deze vond, naast de krachtsvermindering aan de linker arm, wisselende sensibiliteitsstoornissen over de hele linker lichaamshelft. Op de schedelfoto bleek de glandula pinealis naar links verplaatst te zijn. Bij arteriografie rechts werd een verplaatsing van de arteria cerebri anterior gezien. De patiënt werd opgenomen in een academisch ziekenhuis, waar hij twee maanden later overleden is aan een inoperabele tumor in de hersenstam.

#### B. Afwijkingen, gebaseerd op bevindingen bij het lichamelijke onderzoek:

	Mannen	Vrouwen
aantal onderzochten	135	197
tremor	0	1
positieve Lasègue	1	1
reflexafwijkingen	6	3
andere verschijnselen	1	0
	<hr/>	<hr/>
totaal	8	5

De bij 1 vrouw gevonden tremor bleek niet te berusten op een neurologische aandoening maar op hyperthyreoidie. 2 Maal werd een positieve Lasègue aan één der benen gevonden. Als mogelijk pathologische reflexen werden aangenomen:

verschillen tussen links en rechts aan de benen	4
een dubbelzijdige negatieve kniepeesreflex (lues-reacties negatief)	1
een dubieuze Babinsky-reflex	2
negatieve armreflexen bij levendige beenreflexen	1
lage beenreflexen bij normale armreflexen	1

Bij 5 van de 9 onderzochten met reflexafwijkingen bestonden over de betrokken extremiteit klachten van krachteloosheid, prikkeling of pijn. De laatste afwijking ging gepaard met een doof gevoel in de beide bovenbenen. Bij specialistisch onderzoek werd een spondylolisthesis van de vijfde lumbaalwervel gevonden.

De man met 'andere verschijnselen' had een polymorf beeld: dysarthrie, oogspierverlammingen, slecht gehoor, hoofdpijn, duizeligheid, dysphagie. De neuroloog stelde uiteindelijk de diagnose op een progressieve spierziekte (ophtalmoplegia myopathica v. von Graefe, zie punt 1 van deze paragraaf).

#### 14. Urogenitaalstelsel

##### A. afwijkingen van het urogenitaalstelsel bij mannen:

aantal onderzochten	135
afw. uitwendige geslachtsorganen	5
afw. prostaat	6
afw. urinesediment	7
	<hr/>
	18

Als afwijkingen van de uitwendige geslachtsorganen werden gevonden: 3 maal een éézijdige atrophische testis, éénmaal een lichte phimosis, terwijl bij 1 man een harde zwelling aan de epididymis gevonden werd, benevens een induratio penis plastica en een forse prostaat. Deze man werd naar de uroloog verwezen. De zwelling bleek een spermatocèle te zijn. Na een jaar was deze groter geworden, en daar de man een, waarschijnlijk door mij geïnduceerde, carcinophobie heeft gekregen, is deze toen verwijderd.

3 Maal werd een grote prostaat gevonden. Ook hierbij doet zich de vraag voor: wat is normaal? Het ontbreken van klachten over de urineafvoer was reden om de onderzochten geen mededeling van de bevinding te doen. Eénmaal werd een zeer weke prostaat gevonden en twee maal een lichte prostatitis (2 glazen-proef).

De 7 afwijkingen van het urinesediment werden veroorzaakt door: prostatitis (2 maal), nierstenen (3 maal; hiervan waren 2 patiënten mij reeds bekend), en cystitis (2 maal). Albuminurie werd bij geen der onderzochte mannen gevonden evenmin als een palpabele nierafwijking.

##### B. afwijkingen van het urogenitaalstelsel bij vrouwen:

##### 1. afwijkingen van uitwendige geslachtsorganen en urine:

aantal onderzochten	197
vernauwde introitus vaginae	3
irritatie labia	2
cyste in labium minus	1
eczeem	2
blind eindigende 2 cm diepe vagina en	
ontstoken klier van Bartholin	1
veel leucocyten in sediment	10
erythrocyten in sediment	1
spoor albumen	1
	<hr/>
	21



De vernauwde introitus vaginae was bij 2 vrouwen het gevolg van te rigoreus hechten post partum. Bij de derde had zich een dikke bindweefselstreng tussen de labia minora gevormd, die bij nadere anamnese de coitus onmogelijk bleek te maken en tijdens het lichamelijke onderzoek werd doorsneden.

Bij 1 vrouw werd een rudimentair aangelegde vagina gevonden, terwijl inwendige geslachtsorganen niet gevoeld werden.

Deze (gehuwde) vrouw was op 17-jarige leeftijd eenmaal naar een arts geweest wegens het uitblijven der menstruatie. Zij was toen gerustgesteld. Nadien heeft zij hiervoor geen arts meer geraadpleegd. Aangezien er geen huwelijksproblematiek bestond, was er thans geen reden voor nadere diagnostiek of therapie, behalve het incideren van een bij het onderzoek gevonden ontstoken klier van Bartholin, waarna zich veel pus ontlastte.

Slechts bij 1 vrouw werd een spoor albumen in de urine gevonden. Andere afwijkingen, die hiermede verband konden houden, werden bij haar niet gevonden.

Afwijkingen van het urinesediment zijn bij vrouwen moeilijk te beoordelen in verband met mogelijke bijmenging door vaginale secretie. Daarom werd een afwijking van het sediment pas als afwijking aangenomen, wanneer er of verschijnselen van prikkeling van de blaas waren of de urine bij herhaald onderzoek – en dan van een zgn. middenplas na reinigen van de uitwendige geslachtsorganen – dezelfde afwijkingen vertoonde. 2 Maal is urine per catheter afgenomen. Eénmaal werden erythrocyten gevonden in de urine van een vrouw, bij wie de menstruatie 3 dagen tevoren was geëindigd. Bij een heronderzoek na 14 dagen was het sediment schoon.

## 2. Afwijkingen van de inwendige geslachtsorganen

Vanwege het grote aantal afwijkingen leek het mij zin te hebben de betrokken onderzochte vrouwen in drie leeftijdsklassen in te delen (tabel 36).

TABEL 36. VERDELING DER GEVONDEN GYNAECOLOGISCHE AFWIJKINGEN NAAR LEEFTIJDSKLASSE

Leeftijdsklasse	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal
aantal onderzochten	67	63	67	197
erosie van de portio	11	6	1	18
ectropion	1	0	0	1
cervixpoliep	2	3	1	6
vormverandering portio	1	1	1	3
vaginitis	3	0	0	3
ulcus vaginae	0	0	1	1
fluor albus	8	2	1	11
uterus myomatosus	2	3	0	5
uterus retrofl.m. klachten	1	0	0	1
aplasie uterus	1	0	0	1
afwijkingen adnexa	1	0	0	1
prolaps	4	3	4	11
totaal	35	18	9	62

De meeste gynaecologische afwijkingen zijn gevonden in de laagste leeftijdsklasse. Vooral erosies en primaire fluor albus werden bij deze vrouwen relatief vaak gevonden.

Bij 9,1% van alle onderzochte vrouwen (en bij 16,4% van alle onderzochte vrouwen van 40 tot 45 jaar) werd een erosie van de portio gevonden. 4 Maal werd hiervoor een gynaecoloog ingeschakeld omdat er vermoeden op maligniteit bestond, hetgeen met cytologisch onderzoek in geen van de vier gevallen bevestigd is. Bijna steeds ging de erosie gepaard met een hinderlijke fluor albus.

Een fluor albus zonder locale oorzaak (uitstrijk voornamelijk epitheelcellen) werd 11 maal gevonden. De therapie bestond hier uit adviezen voor meer lichaamsbeweging, regeling van de stoelgang en hygiënische adviezen. Bij de 3 maal gevonden vaginitis kon ik éénmaal een trichomonas-infectie microscopisch aantonen.

Vormveranderingen in voor- of achterlip van de portio waren reden om de onderzochte vrouwen door te sturen naar de gynaecoloog. Deze vond éénmaal geen afwijkingen, éénmaal een myoom in de cervix en éénmaal een aantal versmolten ovula Nabothi.

Bij 6 vrouwen werd een cervixpoliep gevonden, waarvoor 4 maal specialistische hulp nodig was.

Eén vrouw had een ulcus in de vagina, dat veroorzaakt was door een te groot pessarium.

Onder de 5 vrouwen, die een duidelijk vergrote uterus door myomen hadden, bevond er zich 1, die daarvoor geopereerd moest worden; zij had een voetbal-grote uterus myomatosus met daarbij, zoals bij de operatie bleek, enkele mandarijn-grote subserieuze myomen, die tezamen de gehele onderbuik opvulden. De bijbehorende klacht van deze vrouw, die nog nooit bij mij geweest was en ook een reumatisch klepgebrek bleek te hebben, was een opgezette buik. De bijbehorende klachten van 2 andere vrouwen met een uterus myomatosus waren een overvloedige menstruatie. Beiden hadden een anaemie (58% en 60% Hgb).

Eénmaal vond ik een meloengrote tumor naast de baarmoeder, die bij operatie een goedaardige parovariaalcyste bleek te zijn. Deze vrouw had geen klachten, die op een dergelijke aandoening konden wijzen.

Van de 11 vrouwen met een prolaps zijn er 2 geopereerd, waarbij éénmaal tevens een totaalexirpatie werd gedaan wegens een totale prolaps met ulcera en bloederige bullae aan de cervix. Bij 3 vrouwen heb ik een pessarium geplaatst. Bij enkele andere onderzochte vrouwen was deze aandoening zo gering van omvang, dat met het adviseren van spieroefeningen volstaan kon worden.

### 15. *Mammae*

Bij het onderzoek van de mammae zijn geen maligne afwijkingen gevonden. De afwijkingen waren: een fibroom van één der tepels, mastodynie, hyperplasie (althans duidelijk verschil in hoeveelheid klierweefsel links en rechts), secretie uit één der tepels en een cyste. De laatste 2 afwijkingen waren mij reeds bekend. Het fibroom is verwijderd.

### 16. *Bezinkingssnelheid*

Eén van de 135 onderzochte mannen weigerde zich bloed af te laten nemen: 'ik ben bereid om mee te werken, maar geen prikken'. Het lichamelijke onderzoek betekende voor hem kennelijk een vriendelijk gebaar jegens zijn arts.

Eén van de 197 onderzochte vrouwen wilde geen bloed door de assistente laten

afnemen. Bij 3 vrouwen mislukte de venapunctie. Alle drie waren dit adipeuze vrouwen met meer dan 30% overgewicht.

Als grens voor een verhoogde bezinkingssnelheid werd hoger dan 15 mm na 1 uur aangenomen.

Het aantal personen met een verhoogde bezinkingssnelheid is in de hoogste leeftijdsklasse het grootst. Vooral bij de oudste vrouwen, van wie 41,5% een bezinkingssnelheid hoger dan 15 mm na 1 uur had, lijkt de grens tussen normaal en pathologisch hoger genomen te moeten worden.

TABEL 37. HET AANTAL PERSONEN MET EEN VERHOOGDE BEZINKINGSSNELHEID, PER LEEFTIJDSTAPPEL EN GESLACHT, NA AFTREK VAN DE ONDERZOCHE PERSONEN, VAN WIE GEEN BEZINKINGSSNELHEID BEKEND IS

Leeftijdsklasse:	Mannen			Vrouwen		
	40t/m44 jaar	45t/m49 jaar	50t/m54 jaar	40t/m44 jaar	45t/m49 jaar	50t/m54 jaar
onderzochte personen	44	52	38	67	61	65
bezinkingssnelheid boven 15 mm na 1 uur	1	2	6	16	19	27

Geen der mannen had een bezinkingssnelheid hoger dan 30 mm na 1 uur. Bij vrouwen was dit 9 maal het geval; bij 3 van deze 9 was de bezinkingssnelheid zelfs hoger dan 50 mm na 1 uur.

Van deze laatste 3 vrouwen, heeft 1 een recidiverende purulente bronchitis op asthmatische basis, een tweede heeft een lues congenita tarda (met een glossitis luetica).

De derde vrouw had vage rugklachten en een pyurie, ook in de catheterurine. Na een kuur met een chemotherapeuticum bleven de afwijkingen bestaan. Zij werd verwezen naar een internist. Bij deze is zij gedurende 9 maanden onder controle geweest zonder dat er een afdoende verklaring voor gevonden werd. Het onderzoek is voor deze vrouw bepaald niet bevorderlijk geweest voor haar gemoedsrust. De urineafwijkingen waren inmiddels verdwenen; de bezinking bleef verhoogd.

Van de overige 6 vrouwen met een bezinkingssnelheid boven 30 mm na 1 uur was er voor 2 een zekere verklaring aanwezig: voor 1 een reumatoïde arthritis, voor de ander een recidiverende erysipelas aan een been. Eén vrouw is al jaren onder specialistische controle voor een essentiële hypertensie, waarbij steeds een verhoogde bezinkingssnelheid gevonden wordt. Bij de 3 overigen werd geen verklaring gevonden, hoewel een uitgebreid jarreteleceem van één van hen mogelijk een rol vervuld heeft. Bij controle na een jaar bleken 2 van hen nog dezelfde hoge bezinkingssnelheid te hebben; van de derde, met het toen genezen eczeem, was deze tot onder 20 mm na één uur gedaald.

De personen met een verhoogde bezinkingssnelheid onder de 30 mm, waarvoor bij het lichamelijke onderzoek geen mogelijke verklaring gevonden was, zijn niet systematisch gecontroleerd om geen onnodige onrust te verwekken.

Een verhoogde bezinkingssnelheid is geen enkele maal de basis geweest voor het vinden van een maligne of ernstige, tot dan toe onbekende, aandoening.

### 17. *Haemoglobinegehalte volgens Sicca*

Van de 135 onderzochte mannen hadden 2 een haemoglobinegehalte boven 100% (105 en 110). 4 Hadden een anaemie van ongeveer 75% Hgb, van wie 1 pas bloed als donor gegeven had. Deze 4 hadden geen klachten, die in de richting van een anaemie wezen.

Bij 27 van de 197 onderzochte vrouwen (14,7%) werd een haemoglobinegehalte van minder dan 75% gevonden, waarbij 12 maal overeenkomstige klachten geuit waren en waarvan 23 mij onbekend waren. Deze anaemieën kwamen het meest voor bij vrouwen van de middelste leeftijdsklasse: 15 (23,8%) tegenover 9 (13,4%) in de laagste en 3 (4,5%) in de hoogste leeftijdsklasse.

### 18. *Bloeddruk*

Als verhoogde bloeddruk werd aangenomen een diastolische waarde boven 100 mm Hg en een systolische waarde boven 160 mm Hg, of alleen een systolische druk boven 180 mm Hg (dus met eventueel een diastolische druk onder 100 mm Hg). Deze waarden werden éénmaal door de assistente en éénmaal door mij bepaald, met de deelnemer in zittende houding.

Bij 2 mannen en 12 vrouwen werd volgens deze criteria een verhoogde bloeddruk gevonden.

Gezien de invloed van de spanning van het onderzoek en de nogal wisselende vetlaag der bovenarm ben ik tegenover de deelnemer zeer voorzichtig geweest met een interpretatie der uitkomsten. Alleen daar, waar de combinatie van uitkomsten van bloeddruk, lichamenlijk onderzoek en anamneseformulier tot de conclusie leidde, dat de hoogte van de bloeddruk een schadelijke werking op de gezondheid had, ben ik tot behandeling overgegaan; de anderen werden of worden bij een later curatief contact gecontroleerd.

Slechts éénmaal was er reden om aan te nemen, dat een lage bloeddruk (90/70 mm Hg) een rol vervulde bij de klachten van de betrokkene (scotomen, hoofdpijn).

### 19. *Gewicht*

Als gewichtsafwijkingen werden zowel voor mannen als voor vrouwen de waarden van het gewicht in kilogrammen aangenomen, die meer dan 10% verschilden van het aantal lengtecentimeters boven de honderd (bij mensen zonder duidelijk gedeformeerde wervelkolom). Het gewicht werd zonder jassen en schoenen, maar verder gekleed bepaald, waarna 1 kg afgetrokken werd.

#### Ondergewicht

Bij 10 mannen en 3 vrouwen werd een ondergewicht vastgesteld.

Bij de 10 mannen met ondergewicht deden zich de volgende bijzonderheden voor: Eén werd na het onderzoek geleidelijk zwaarder, toen hij (op suggestie van zijn vrouw) uit de nachtdienst genomen werd. Hij had een ondergewicht van 30%! Eén is dikker geworden na een nadien verrichte maagresectie voor een recidiverend ulcus, één na een rustkuur voor een ulcus. Eén had twee jaar tevoren een maagresectie ondergaan, maar kon nu geen melkproducten meer verdragen (dumpingsyndroom). Eén is beschreven onder 'de ogen' als lijder aan opthalmoplegia van von Graefe. Eén heeft als kind een zeer ernstig schedeltrauma doorgemaakt en maakt een zeer uitgebluste indruk. Zijn basaal metabolisme is normaal.

Eén is stoker en transpireert daardoor zeer veel.

Slechts over 3 mannen zijn geen, mogelijk met hun ondergewicht samenhangende, bijzonderheden mede te delen. De 3 vrouwen met ondergewicht lijden allen aan een langdurige emotionele stoornis.

### Overgewicht

Overgewicht kwam voor bij 92 van de 198 vrouwen (47,2%) en bij 23 van de 135 mannen (17,8%).

De verdeling van deze afwijking naar geslacht en leeftijdsklasse is weergegeven in tabel 38.

TABEL 38. HET AANTAL ONDERZOCHE PERSONEN MET OVERGEWICHT, VERDEELD NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD SKLASSE

Leeftijdsklasse	Mannen			Vrouwen		
	40 t/m 44 jaar	45 t/m 49 jaar	50 t/m 54 jaar	40 t/m 44 jaar	45 t/m 49 jaar	50 t/m 54 jaar
aantal onderzochten	44	53	38	67	63	67
overgewicht						
10-20%	3	9	2	4	6	10
20-30%	3	3	1	12	16	12
30% of meer	—	—	2	8	12	12
totaal	6	12	5	24	34	34
percentages	13,6	22,7	13,2	35,8	54,0	50,7

In overeenstemming met de leeftijdsverdeling bij de klacht over gewichtstoename bij alle deelnemers vinden we bij de onderzochten vaker overgewicht in de middelste leeftijdsklasse dan in de laagste. Tussen de middelste en de hoogste leeftijdsklasse is bij vrouwen in dit opzicht weinig verschil.

Bij vrouwen is niet alleen het aantal personen met overgewicht groter, doch ook de gemiddelde graad van overgewicht is hoger dan bij mannen.

De waardering van de onderzochten en mij loopt ten aanzien van het overgewicht nogal uiteen: Van de 92 vrouwen met een bij het lichamelijke onderzoek gevonden overgewicht gaven slechts 55, van de 23 mannen slechts 11 zelf aan dat zij te dik waren.

Er was geen samenhang aantoonbaar tussen overgewicht en de klacht over lusteloosheid of spoedige vermoeidheid bij de onderzochte vrouwen: 31 van de 62 onderzochte vrouwen met deze klacht hadden een overgewicht, dus 50%, terwijl van alle onderzochte vrouwen 47,2% een overgewicht heeft.

Van de 92 onderzochte vrouwen met een overgewicht hadden 33 (35,8%) een verhoogde bezinkingssnelheid; van de 105 onderzochte vrouwen zonder overgewicht 29 (27,6%). Hierbij is de invloed van de leeftijd echter niet te verwaarlozen (zie punt 17 van deze paragraaf). Conclusies kunnen uit deze vergelijking dan ook niet getrokken worden.

### 20. Glucosurie

Door 24 mannen en 11 vrouwen werd aangegeven, dat het strookje testape groenachtig verkleurde.

Bij 4 mannen en 1 vrouw is het lichamelijke onderzoek beperkt tot een nader onderzoek van de urine, omdat ik hen kortgeleden nog onderzocht had en twijfelde aan de uitslag. Geen hunner bleek een glucosurie te hebben.

Bij het lichamelijke onderzoek van de overige 20 personen werd 5 maal een glucosurie gevonden. De wijze waarop het onderzoek is gedaan, na een zeer suikerrijke maaltijd, moest wel tot het vinden van enkele alimentaire glucosurieën leiden. De helft der onderzochten heeft echter waarschijnlijk de aard der verkleuring verkeerd geïnterpreteerd.

Bij deze 5 personen met een glucosurie werd éénmaal een werkelijke diabetes mellitus gevonden en wel bij een 54-jarige adipeuze vrouw (82 kg bij 155 cm). De bloedsuikerbelastingcurve (165-279-280-242-174 mgr %) heeft de diagnose bevestigd. Zij kreeg een vermageringsdieet en gedurende enkele maanden orale anti-diabetica, waarna dit niet meer nodig was. Op haar formulier had zij geen abnormaal grote dorst aangegeven.

Eén vrouw had het strookje in tweeën geknipt en zelf ontdekt dat het bij de ochtendurine negatief bleef en na de proefmaaltijd positief werd. Diabetes komt in haar familie voor, en bovendien heeft zij een flinke adipositas. Zij wilde echter geen bloedsuikerbelastingcurve laten maken, en bij haar moest volstaan worden met de afgedwongen belofte, dat zij zou proberen te vermageren en over een half jaar nog eens de 24-uurs urine zou laten controleren, hetgeen zij inmiddels verzuimd heeft.

Bij de 3 overige personen was van één de glucosurie bekend, de bloedsuikerbelastingcurve is normaal; ook bij de 2 anderen bleek de glucosurie van renale oorsprong. Zij blijven onder jaarlijkse controle.

Bij geen der onderzochte personen, die op het formulier geen verkleuring van het strookje testape vermeld hadden, werd bij het lichamelijke onderzoek een glucosurie gevonden.

Uit een rapport van een studiegcommissie van het Engelse College of General Practitioners (1963) is inmiddels gebleken, dat het nuchter innemen van 50 gram glucose vaker tot een glucosurie leidt dan een koolhydraatrijke maaltijd. Bij personen, die na het innemen van 50 gram glucose een glucosurie hebben en niet na een koolhydraatrijke maaltijd wordt dan echter zelden een nuchter bloedsuikergehalte boven 130 mg % gevonden.

## 21. *Emotionele stoornissen*

Ofschoon de dagelijkse strijd om het bestaan voortdurend een zekere spankracht eist van de mens, komen er situaties voor, waarbij zijn reactie niet meer als adequaat gezien kan worden. Deze abnormale reactie kan het gevolg zijn van een geestelijk bedolven worden onder kwalitatief of kwantitatief abnormaal hoge eisen stellende exogene momenten, maar ook van een persoonlijke abnormale reactie op min of meer physiologische spanningen.

De genoteerde afwijkingen op psycho-sociaal gebied beperken zich tot deze abnormale reactievormen en worden verder emotionele stoornissen genoemd.

Physiologische reacties op acute spanningssituaties ben ik bij mijn onderzoek niet tegengekomen. De beoordeling, of een reactie op een chronische spannings-situatie physiologisch is, is subjectief: wanneer dit voor mijn gevoel het geval was, is zij niet als afwijking genoteerd.

Het bleek telkens moeilijk te zijn om emotionele stoornissen oorzakelijk te scheiden als gevolg van hoofdzakelijk exogene momenten dan wel als gevolg van een

kwetsbare persoonlijkheidsstructuur. Voor mijn gevoel waren beide factoren meestal van invloed, waarbij de persoonlijkheidsstructuur de basis was van het niet verwerken van exogene belastende momenten. De uitingvormen van de gevonden emotionele stoornissen zijn aangeduid met psychiatrische termen. Dit houdt geenszins in dat ik deze stoornissen als psychiatrische ziekten beschouw. Het feit, dat geen der onderzochten met een emotionele stoornis naar een psychiater is verwezen, onderstreept dit. De geconstateerde aandoeningen behoren meer tot de categorie 'psychische noden' van normale mensen (WEYEL 1961). Is de grens tussen normaal en pathologisch in het somatische vlak reeds moeilijk te trekken, nog moeilijker is de beoordeling in de psychische sfeer (HERINGA 1964, RUMKE 1965).

TABEL 39. ONDERZOCHE PERSONEN MET EEN EMOTIONELE STOORNIS, VERDEELD NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD SKLASSE; NAAR UITINGSVORM EN CAUSA EFFICIENS

leeftijdsklasse	Mannen					Vrouwen				
	40	45	50			40	45	50		
	t/m	t/m	t/m			t/m	t/m	t/m		
	44 jr.	49 jr.	54 jr.	tot.	perc.	44 jr.	49 jr.	54 jr.	tot.	perc.
aantal onderzochten	44	53	38	135	100	67	63	67	197	100
onderz. pers. m. em. stoornis	12	15	11	38	28,1	28	23	32	83	42,1
voornaamste uitingvorm:										
depressie	2	2	2	6	4,4	8	8	8	24	12,2
angst	1	2	2	5	3,7	2	0	1	3	1,5
nervositas	2	5	3	10	7,4	8	6	9	23	11,7
agressieve gespannenheid	6	4	2	12	8,8	7	6	11	24	12,2
neurasthene reactie	1	2	2	5	3,7	2	1	0	3	1,5
psychosomat. verschijnselen	0	0	0	0	0,0	1	2	3	6	3,0
voornaamste bron:										
endogene factor	5	7	3	15	11,1	9	6	9	24	12,2
exogene factor	4	5	5	14	10,4	7	6	5	18	9,2
niet te scheiden	3	3	3	9	6,7	12	11	18	41	20,6
exogene momenten:										
gezin	4	5	6	15	11,1	15	11	13	39	19,8
werk	6	7	5	18	13,4	1	1	1	3	1,5
andere	1	2	3	6	4,4	3	5	9	17	8,6

Bij 38 van de 135 onderzochte mannen (28,1%) werden emotionele stoornissen gevonden. Tijdens het gesprek bleek, dat een stoornis in de persoonlijkheidsstructuur 15 maal de hoofdrol speelde. De nadruk lag dan op het van jongs af aanwezig zijn van de stoornis met soms ook een familiair voorkomen van psychische stoornissen, terwijl de begeleidende exogene factoren van minder belang leken. Bij 14 van de 38 mannen nam ik aan dat exogene factoren de voornaamste oorzaak van de emotionele stoornis waren. Bij 9 mannen leken endogene en exogene factoren van even groot belang te zijn. De exogene momenten bij deze 38 mannen lagen 18 maal op het werk, 15 maal in het gezin, terwijl 6 maal andere problemen als oorzaak van de

emotionele stoornis beleefd werden, zoals familieproblemen, financiële moeilijkheden en het in aanraking geweest zijn met de justitie.

Van de 38 bij de mannen ter sprake gekomen emotionele stoornissen waren er 17 (43,7%) mij reeds bekend. Het percentage gevallen, waarin het formulier een aanwijzing geeft voor een bestaande emotionele stoornis, 86,9% (33 van de 38), is hoog. Dit wijst er op, dat er bij de mannen niet veel remming is geweest om deze psychische noden op het papier vast te leggen. De in 14 gevallen ingestelde therapie (tabel 34) bestond voor een groot deel uit een kort gesprek, soms ondersteund met medicamenten. Slechts 1 man heeft een serie van vier gesprekken met mij gevoerd.

Van de 197 onderzochte vrouwen werd bij 83 (42,1%) een emotionele stoornis gevonden. Het procentuele verschil met de mannen kan mogelijk veroorzaakt worden door:

- a. de grillige invloed van de selectie,
- b. het meer voorkomen van emotionele stoornissen bij vrouwen, waarbij juist in deze leeftijdscategorie rekening gehouden moet worden met een mogelijke invloed van het climacterium, en
- c. de grotere remming van mannen om over hun op het formulier vastgelegde psycho-sociale klachten te praten.

Evenals bij mannen zijn bij vrouwen de nervositas en de gespannenheid veel voorkomende verschijnselen. Daarnaast kwamen bij de onderzochte vrouwen echter meer depressies en psycho-somatische verschijnselen ter sprake. Deze psycho-somatische verschijnselen uitten zich in periodes van gespannenheid, samengaan met rugklachten 2, reumatische klachten 1, krampen in de bovenbuik 1, hoofdpijnen 1, allerlei klachten 1.

Waarschijnlijk zullen wel meer lichamelijke klachten 'orgaan-neurotisch' en afwijkingen 'psycho-somatisch' zijn geweest. Deze vrouwen waren zich echter zelf de samenhang tussen deze lichamelijke verschijnselen en hun emotionele gesteldheid bewust.

Bij de vrouwen leken spanningen rond het werk minder vaak van invloed dan bij mannen. Ofschoon veel vrouwen vertelden niet erg tevreden te zijn met het huishoudelijke werk als levenstaak, leek dit toch nooit een factor te zijn bij het ontstaan van een emotionele stoornis. Slechts bij 3 vrouwen vervulde hun werk een hoofdrol bij het ontstaan van een emotionele stoornis: alle 3 vervullen zij een veelomvattende taak in het eigen bedrijf van hun echtgenoot.

Het viel overigens bij de onderzochte gehuwde vrouwen, die in een eigen bedrijf werkten, op, dat zij dit werk met veel ambitie deden. Wel hadden zij soms schuldgevoelens, dat er te weinig tijd was voor het gezinsleven, maar zij waren zeker niet bereid om hun werk naast de man neer te leggen. Slechts 1 vrouw heb ik geadviseerd om haar drukke werkzaamheden in de winkel wat te verminderen met als argument hiervan een gunstige invloed op de door haar vermelde prikkelbaarheid en vermoeidheid te verwachten. De werkelijke reden was een duidelijke organische soufflé, waaromtrent ik haar echter niet ingelicht had. Post of propter, na 4 maanden kreeg zij aanvallen van tachycardie en absences. Thans werkt zij weer in het bedrijf, en de rust is tot nu toe hersteld.

Verreweg de meeste exogene momenten der emotionele stoornissen lagen bij de vrouwen in het gezinsleven. Zij reageerden in veel sterkere mate op het gedrag van hun mannen, dan omgekeerd het geval leek. Dikwijls kwam hierbij hun behoefte aan wat meer attentheid voor hen zelf en belangstelling voor gezinsproblemen ter



sprake. Daarnaast uitten zij meer dan de mannen een gevoel van onvermogen ten aanzien van de opvoeding en het gedrag van de kinderen. Ook bij het onderzoek van BROUWER (1962) kwamen deze facetten dikwijls te voorschijn.

De 'andere' exogene momenten waren bij vrouwen o.m. problemen met familie (5 maal), met burens en over inwoning en gezondheid.

Nog meer dan van de mannen was mij van de vrouwen een groot deel der emotionele stoornissen reeds bekend (70%). In 50% is een korte gesprekstherapie begonnen of hervat. Ook bij de vrouwen was een groot aantal emotionele stoornissen op het formulier terug te vinden: 79,5%.

Terwijl bij alle onderzochte vrouwen een emotionele stoornis in 42,1% voorkwam, was dit bij de 62 onderzochte vrouwen met de klacht lusteloosheid of spoedige vermoeidheid 39 maal het geval (62,9%). Dit verschil bleek statistisch zeer significant ( $P = 0,0001$ ). Een samenhang tussen deze aandoening en deze klacht is dus wel waarschijnlijk.

Eveneens bleek er een samenhang te bestaan met de frequentie van het consulteren: van de 83 onderzochte vrouwen met een emotionele stoornis hadden 40 (48,2%) mij frequent geconsulteerd, tegenover 41 der 114 onderzochte vrouwen, bij wie geen emotionele stoornis gevonden is (36,0%). Ook bij mannen was deze samenhang aantoonbaar. Van de 38 onderzochte mannen met een emotionele stoornis hadden 14 (36,8%) mij frequent geconsulteerd, tegenover 20 van de 97 onderzochten zonder deze aandoening (20,6%).

## § 2. SAMENVATTENDE GEGEVENS OVER DE GEVONDEN AFWIJKINGEN

### 1. *Verdeling der gevonden afwijkingen over de onderzochte personen*

TABEL 40. DE ONDERZOCHE DEELNEMERS, VERDEELD NAAR HET AANTAL BIJ HEN GEVONDEN AFWIJKINGEN, PER GESLACHT EN LEEFTIJD SKLASSE

Leeftijdsklasse	Mannen						Vrouwen					
	40	45	50				40	45	50			
	t/m	t/m	t/m				t/m	t/m	t/m			
	44	49	54	tot.	perc.		44	49	54	tot.	perc.	
	jr.	jr.	jr.				jr.	jr.	jr.			
aantal onderzochte personen	44	53	38	135			67	63	67	197		
aantal afwijkingen	0	3	0	0	3	2,2	1	3	1	5	2,5	
	1	5	9	6	20	14,8	9	2	4	15	7,6	
	2	14	15	13	42	31,1	9	10	14	33	16,8	
	3	10	10	10	30	22,2	19	21	17	57	28,9	
	4	9	14	6	29	21,5	19	15	20	54	27,4	
	5	1	3	2	6	4,4	4	4	5	13	6,6	
	>5	2	2	1	5	3,7	6	8	6	20	10,2	

Uit tabel 40 blijkt, dat bij 3 der 135 onderzochte mannen en bij 5 der 197 onderzochte vrouwen in het geheel geen, als afwijking te bestempelen, bevindingen gedaan zijn. Bij de mannen werden het meest veelvuldig 2 afwijkingen per persoon gevonden, bij de vrouwen 3 en 4. Van de mannen heeft 29,6% der onderzochten meer dan 3 afwijkingen, van de vrouwen 44,2%.

TABEL 41. VERDELING VAN HET AANTAL GEVONDEN AFWIJKINGEN NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD SKLASSE DER ONDERZOCHTEN

leeftijdsklasse	Mannen				Vrouwen			
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal
aantal onderzochten	44	53	38	135	67	63	67	197
aant. afwijkingen	116	153	102	371	218	217	227	662
gemiddeld per persoon	2,6	2,9	2,7	2,8	3,3	3,4	3,4	3,4

Uit tabel 41 blijkt, dat noch bij mannen noch bij vrouwen enig verschil is te vinden tussen het gemiddelde aantal gevonden afwijkingen per leeftijdsklasse.

Gemiddeld zijn bij mannen 2,8 afwijkingen per persoon gevonden en bij vrouwen 3,4. Het verschil komt vooral voort uit het bij vrouwen meer voorkomende aantal:

- gewichtsafwijkingen
- emotionele stoornissen
- afwijkingen van het urogenitaalstelsel
- waarden van de bezinkingssnelheden boven 15 mm na 1 uur (tabel 34).

Voor een verdieping van zijn oordeel over de gezondheidstoestand der onderzochten is het voor de huisarts echter vooral van belang hoeveel afwijkingen hij vindt, die hem tevoren onbekend waren, terwijl het voor een oordeel over de verbetering van zijn gezondheidszorg vooral van belang is hoeveel afwijkingen hij vindt, die ten gevolge van het lichamelijke onderzoek behandeld konden worden.

## 2. Onbekende afwijkingen

Bij 16 van de 135 onderzochte mannen (11,9%) en bij 28 van de 197 vrouwen (14,2%) werden geen mij tevoren onbekende afwijkingen gevonden.

TABEL 42. HET AANTAL GEVONDEN ONBEKENDE AFWIJKINGEN PER LEEFTIJD SKLASSE EN GESLACHT, EN HUN VERHOUDING TOT HET TOTAAL AANTAL GEVONDEN AFWIJKINGEN

leeftijdsklasse	Mannen				Vrouwen			
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal
aantal onderzochten	44	53	38	135	67	63	67	197
totaal aantal afw.	116	153	102	371	218	217	227	662
aantal onbekende afw.	79	127	68	274	158	144	147	449
percentage	68,1	83,0	66,7	73,7	72,1	66,4	64,8	67,8

Het aantal onderzochte personen, dat geen onbekende afwijkingen heeft, is uiteraard groter dan het aantal, dat in het geheel geen afwijkingen heeft (tabel 40).

Bij de mannen waren 274 van de 371 gevonden afwijkingen mij tevoren onbekend (73,6%), bij de vrouwen 449 van de 662 afwijkingen (67,8%). Statistisch bleek dit verschil significant te zijn ( $P = 0,05$ ). Bij de onderzochte mannen waren de gevonden afwijkingen in de middelste leeftijdsklasse mij het vaakst onbekend. Wegens de voor het lichamelijke onderzoek toegepaste selectie laten deze gegevens echter geen bepaalde conclusies toe.

### 3. Behandelde afwijkingen

TABEL 43. HET AANTAL GEVONDEN EN BEHANDELDE AFWIJKINGEN PER LEEFTIJDSCLASSE EN GESLACHT IN VERHOUDING TOT ALLE GEVONDEN AFWIJKINGEN

leeftijdsklasse	Mannen				Vrouwen			
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal
	aantal onderzochten							
	44	53	38	135	67	63	67	197
totaal aant. afw.	116	153	102	371	218	217	227	662
aantal beh. afw.	59	73	51	183	115	103	102	320
percentage	50,9	47,7	50,0	49,6	52,8	47,5	44,9	48,3

Bij beide geslachten is het aantal afwijkingen, dat na het onderzoek behandeld werd, bijna de helft van alle gevonden afwijkingen. Er is in dit opzicht geen verschil tussen de drie leeftijdsklassen.

De onbekende afwijkingen kwamen vaker voor therapie in aanmerking dan de reeds bekende. Bij mannen werd voor 153 van de 274 onbekende afwijkingen behandeling ingesteld (55,8% – zie tabel 48), terwijl dit bij 30 van de 97 bekende afwijkingen het geval was (31,0%). De vrouwen werden voor 249 van de 449 onbekende afwijkingen behandeld (55,0%) en voor 71 van de 213 reeds bekende (33,3%). Deze verschillen bleken voor beide geslachten zeer significant (voor mannen  $P = 0,00004$ ; voor vrouwen  $P < 10^{-6}$ ).

Bij 29 van de 135 onderzochte mannen (21,5%) en bij 24 van de 197 onderzochte vrouwen (12,2%) is in het geheel geen therapie ingesteld. Daarom behoeft het onderzoek bij deze mensen nog niet nutteloos geweest te zijn. Op één na hadden immers alle onderzochten klachten, en het is niet uitgesloten, dat het lichamelijke onderzoek een gunstige invloed heeft gehad op de beleving dezer klachten.

De ingestelde therapie is in tabel 44 onderverdeeld in nieuwe therapie (somatisch en psychisch), hervatting van oude therapie, en adviezen.

TABEL 44. VORMEN VAN TOEGEPASTE THERAPIE BIJ DE ONDERZOCHTEN, VERDEELD NAAR LEEFTIJD SKLASSE EN GESLACHT

leeftijdsklassen	Mannen					Vrouwen				
	40	45	50			40	45	50		
	t/m	t/m	t/m			t/m	t/m	t/m		
	44 jr.	49 jr.	54 jr.	tot. perc.		44 jr.	49 jr.	54 jr.	tot. perc.	
aantal onderzochten	44	53	38	135	100	67	63	67	197	100
nieuwe somatotherapie	21	25	15	61	45,1	40	42	41	123	62,4
nieuwe psychotherapie	2	4	2	8	5,9	16	9	15	40	20,3
hervatting oude therapie	4	2	7	13	9,6	3	8	1	12	6,1
adviezen	25	26	16	67	49,7	25	31	36	92	46,7

Bij ruim 45% der mannen en bij 62% der vrouwen waren één of meer nieuwe somatotherapieën nodig. Hierin zijn ook behandelingen door een specialist begrepen, niet echter specialistische onderzoeken, die uitsluitend nadere diagnostiek als doel hadden. Bij mannen (9,6%) werd vaker een oude therapie hervat dan bij vrouwen (6,1%). Met ruim 20% der onderzochte vrouwen werd een korter of langer gesprek gevoerd, met het doel hun mogelijkheden tot het hanteren van hun emotionele stoornissen te vergroten. Met de onderzochte mannen was dit slechts in 6% het geval. Dit wordt gedeeltelijk verklaard door het bij hen minder frequent voorkomen van deze stoornissen dan bij vrouwen (28,1% der onderzochte mannen uitte een emotionele stoornis tegenover 42,1% der vrouwen). Bovendien bleken de mannen bij het lichamelijke onderzoek minder geneigd te zijn om terug te komen op de door hen (of hun echtgenote) op het formulier vastgelegde, in de richting van een emotionele stoornis wijzende, klachten.

Aan bijna de helft der onderzochte mannen en vrouwen werd een advies gegeven. Het begrip advies ligt in de preventieve sfeer anders dan in de curatieve: in de preventieve geneeskunde wordt steeds tussen onderzoek en therapie een gesprek ingelast, waarbij een eventueel advies voor therapie aangeboden wordt. Deze 'schakel-adviezen' zijn door mij allen als advies genoteerd, wanneer zij niet gevolgd werden door een therapie.

#### 4. Verwijzingen

Een nader onderzoek, hetzij door gebruik te maken van specialistische hulpmiddelen of uitgebreider laboratoriumonderzoek (Röntgenfoto's, stofwisseling), hetzij door een specialist in te schakelen, was voor mannen in 23,6% nodig, voor vrouwen in 24,9% (tabel 45).

TABEL 45. HET AANTAL PERSONEN, VOOR WIE EEN SPECIALIST OF SPECIALISTISCHE HULPMIDDELEN INGESCHAKELD DIENDEN TE WORDEN, NAAR LEEFTIJDSCLASSE EN GESLACHT

leeftijdsklasse	Mannen					Vrouwen				
	40	45	50			40	45	50		
	t/m	t/m	t/m			t/m	t/m	t/m		
	44	49	54	tot.	perc.	44	49	54	tot.	perc.
	jr.	jr.	jr.			jr.	jr.	jr.		
aantal onderzochten	44	53	38	135	100	67	63	67	197	100
spec. onderz. op basis lich. o.	7	9	9	25	18,5	17	21	10	48	24,4
spec. onderz. op basis anamn.	2	2	3	7	5,1	0	1	0	1	0,5

Ofschoon mannen minder klachten uitten dan vrouwen, was bij mannen uitsluitend de anamnese in 7 van de 32 gevallen hiertoe de aanleiding: 3 maal leidde zij tot een maagonderzoek, en éénmaal respectievelijk tot een longonderzoek, een onderzoek naar de perifere circulatie, een rectoscopisch onderzoek en een bloedsuikerbelastingcurve. Bij vrouwen was de anamnese in slechts 1 van de 49 gevallen de enige aanleiding tot een verwijzing en wel wegens vermoeden op hypothyreoidie. De relatieve top in het aantal verwijzingen bij vrouwen in de middelste leeftijdsklasse werd vooral veroorzaakt door gynaecologische afwijkingen (erosies, poliepen).

##### 5. Nut van het lichamelijke onderzoek voor vroege diagnostiek

Om na te gaan bij hoeveel personen het lichamelijke onderzoek van nut is geweest vanuit het oogpunt van vroege diagnostiek, heb ik als maatstaf genomen of het voor de onderzochte van blijvend nadeel geweest zou zijn, indien hij een half jaar later onderzocht was; een uiteraard volkomen willekeurige grens. Dit werd direct na afloop van ieder lichamenlijk onderzoek genoteerd. Ik ging dus uitsluitend af op de eerste indruk, die het ziektebeeld op mij maakte; het verdere verloop had geen invloed op mijn oordeel.

VAN DER HEIDE (1959) heeft de gevonden afwijkingen ingedeeld in 7 categorieën, variërend van 'ernstige afwijkingen, die directe behandeling vereisen' tot 'afwijkingen, die in het algemeen niet of nauwelijks behandeld hoeven te worden'. Bij het experimenteel geneeskundig onderzoek van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., verricht door 12 huisartsen, was gebleken, dat de classificatie van de gevonden afwijkingen in deze categorieën op grote moeilijkheden stuitte. Subjectieve beoordeling maakte onderlinge vergelijkbaarheid onmogelijk, terwijl enkele aandoeningen in meer dan één categorie geplaatst konden worden.

Enigermate kan mijn categorie: 'blijvende schade bij uitstel van behandeling van een half jaar' vergeleken worden met de categorie van ernstige, direct te behandelen, afwijkingen van Van der Heide. Doch deze vermeldt in die groep naast carcinomen

ook diabetes en chronische otitis media, grote myomen en urineafwijkingen. Deze aandoeningen vallen naar mijn mening als zodanig niet zonder meer onder het criterium: blijvende schade indien de behandeling een half jaar later aanvangt.

Het aantal vrouwen, dat aan het door mij gestelde criterium: mogelijk blijvende schade bij uitstel van een halfjaar, voldeed, was 7 (3,6%), terwijl van de mannen geen enkele hiervoor in aanmerking kwam. Bij 2 vrouwen wekte het onderzoek bij mij verdenking op een maligne aandoening. Eén had een anaemie van 50% hgb (Sicca) en een sterk positieve benzinereactie van de ontlasting (zonder voorafgaand bloedvrij-dieet). Het verdere verloop heeft geleerd, dat dit een anaemie is geweest tengevolge van bloedverlies door een overvloedige menstruatie enerzijds en een niet aangepast dieet anderzijds.

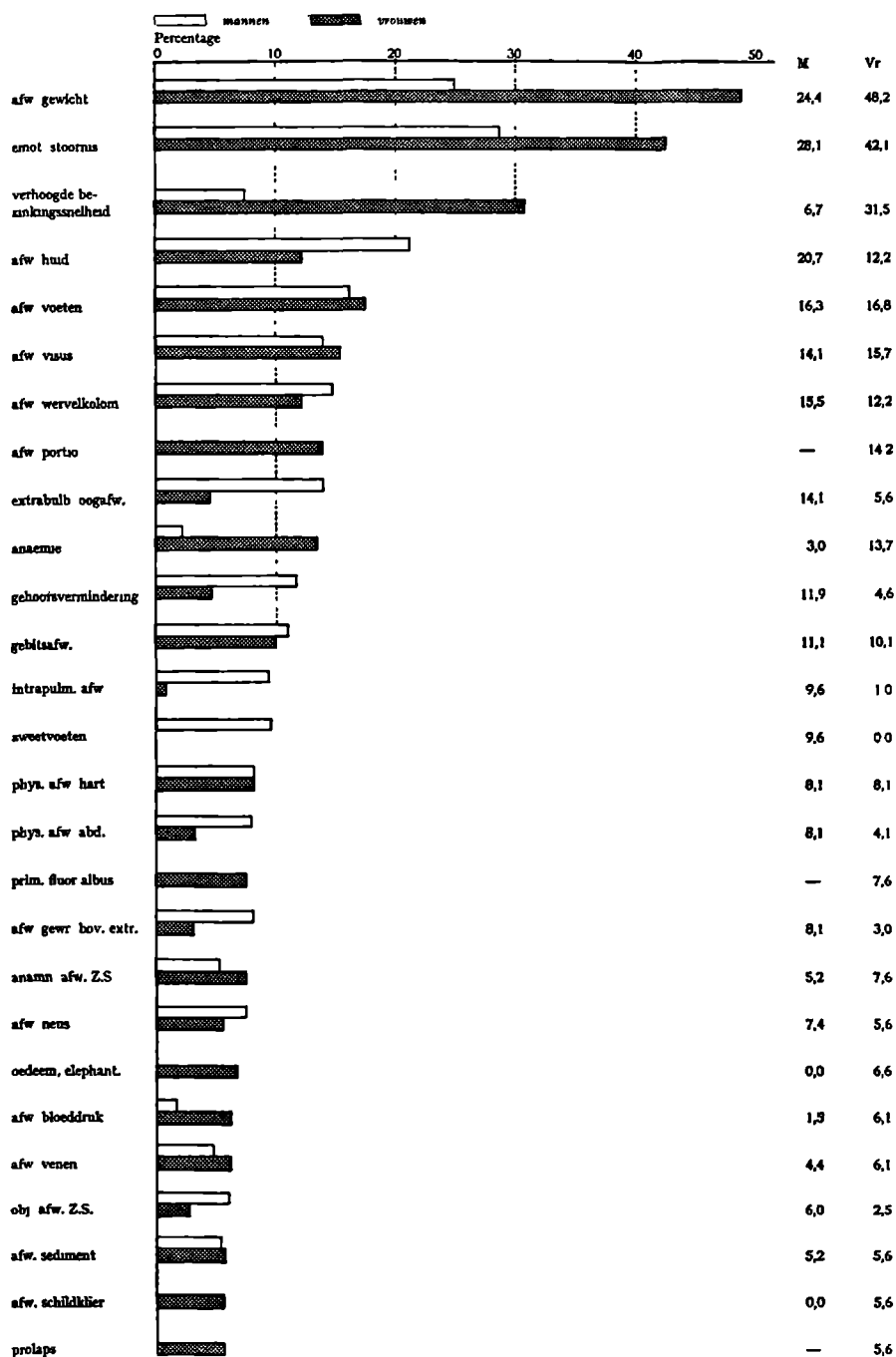
De andere vrouw had mij in de ruim 10 jaar, waarin zij bij mij ingeschreven was, nog nooit geconsulteerd. Bij het lichamelijke onderzoek bleek zij een tot de navel reikende tumor in de onderbuik te hebben en duidelijke hartafwijkingen. Bij de operatie bleek dit toch een, alleen door zijn grootte minder goedaardige, uterus myomatosus te zijn, die de gehele onderbuik opvulde. Voor de oude rheumatische hartafwijkingen met atriumfibrilleren blijft zij onder contrôle.

Als ernstige, weliswaar niet voor carcinoom verdachte aandoeningen, waarbij uitstel van een half jaar mogelijk blijvend nadeel voor de patiënte opgeleverd zou hebben, vond ik bij één vrouw een zeer actief, trachea verdringend struma, waarvoor een strumectomie nodig was, en bij een andere een totale prolaps met ulcera en bloedige bullae aan de cervix.

Bij 3 vrouwen waren psycho-sociale factoren van invloed bij mijn beoordeling. Eén vrouw had een sterke mate van lusteloosheid en prikkelbaarheid, welke het gezinsleven dreigde te doen decompenseren. De behandeling van haar (ferriprive) anaemie van 60% is een weldaad voor het hele gezin geworden, vertelde zij later. Een tweede vrouw is haar ernstige depressie kwijtgeraakt nadat een hoorapparaat haar eenzaamheid had doorbroken. De derde vrouw had een, mogelijk door het climacterium en duidelijke exogene factoren beïnvloede, depressie, waarbij ik suicide niet uitgesloten achtte.

Deze 7 gevallen van mogelijk blijvende schade bij uitstel van het onderzoek van een half jaar op 332 onderzochte personen en 597 deelnemers, vormen wel een schraal resultaat, wanneer vroege diagnostiek het enige motief voor een dergelijk onderzoek zou zijn.

Daar komt dan nog bij, dat het enige geval van een werkelijk maligne aandoening bij de onderzochten tijdens het lichamelijke onderzoek nog niet gediagnosticeerd kon worden, terwijl de letale afloop ervan, ware dit wel het geval geweest, er niet door beïnvloed zou zijn.



Figuur 2

*Percentages der bij het lichamelijke onderzoek gevonden afwijkingen, die bij één der geslachten in meer dan 5 % voorkwamen, vergeleken met het overeenkomstige percentage bij het andere geslacht.*

Behalve de beperkte quantitatieve resultaten van nuttige vroege diagnostiek dient ook de armoede aan de kwaliteit van de diagnostiek genoemd te worden. Bij de bespreking van de gevonden afwijkingen bleek telkens weer, dat de gevonden afwijkingen zeer dikwijls niet het woord diagnose verdienden. De meeste 'diagnoses' in het onderzoek werden vermoed, maar zelden 'vastgesteld' (arthrosis, maagklachten, hartafwijkingen, gehoorsvermindering, cystitis, etc.).

### § 3. NABESPREKING VAN ENKELE FREQUENT GEVONDEN AFWIJKINGEN

Evenals bij dat van VAN DER HEIDE en dat van VAN DEN DOOL werden bij mijn onderzoek veel gewichtsafwijkingen gevonden (zie figuur 2). Bij alle drie de onderzoeken is dezelfde grove methode van vergelijking van het aantal kilogrammen lichaamsgewicht met het aantal centimeters boven de meter lengte toegepast. Bij mijn onderzoek was dit extra grof, omdat ik het gewicht gedeeltelijk gekleed liet bepalen en vervolgens 1 kg van de uitkomst aftrok. Dit is gebeurd om gemakkelijk een vergelijking te hebben bij een eventuele nacontrole. Bij alle drie de onderzoeken overtreft het percentage onderzochte vrouwen met overgewicht in de leeftijd tussen 39 en 55 jaar het percentage mannen aanzienlijk. Het verschil is zowel bij VAN DER HEIDE als bij mij het grootst in de hoogste leeftijdsklasse (tabel 46).

TABEL 46. VERGELIJKING VAN FREQUENTIE VAN OVERGEWICHT MET DE ONDERZOEKINGEN VAN VAN DER HEIDE TE AMSTERDAM EN VAN VAN DEN DOOL TE STOLWIJK; IN PROCENTEN PER GESLACHT

leeftijdsklasse	Mannen			Vrouwen		
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.
Amsterdam	13,6%	17,7%	20,7%	31,8%	40,6%	51,6%
Rheden	11,1%	22,7%	13,2%	35,8%	54,0%	50,7%
Stolwijk	—	29,6%	—	—	49,0%	—

Zoals reeds eerder opgemerkt werd, loopt de waardering van overgewicht bij medicus en deelnemer nogal uiteen. Het is dus niet uitgesloten, dat de dieetadviezen, die gegeven zijn voor deze aandoening, dikwijls niet zullen aanslaan, omdat het geneesmiddel voor velen een ernstiger versterking van hun welbevinden kan betekenen dan de aandoening zelf.

Ik had niet vastgelegd met hoeveel personen een nieuwe afspraak voor gewichtscontrole gemaakt was. Bij een aantal hunner is dat zeker niet gebeurd, omdat voorgaande pogingen steeds mislukt waren, terwijl bij de personen met slechts een gering overgewicht (10–20%) ook vaak volstaan werd met een advies. Toch bleek bij het na-onderzoek na één jaar, dat van de 32 vrouwen met een overgewicht van meer dan 30% er 14



regelmatig onder contrôle zijn gebleven. Deze vrouwen zijn in dat jaar, met een variatie van 5 t/m 21 kg, en gemiddeld 13 kg, vermagerd. Van de 40 vrouwen met 20–30% overgewicht kon in mijn administratie nagegaan worden, dat er 9 onder contrôle waren geweest. Deze 9 zijn gemiddeld 5,4 kg per persoon afgevallen. In hoeverre deze effecten blijvend zullen zijn blijft echter een open vraag.

Even groot als het aantal gewichtsafwijkingen was het aantal gevonden emotionele stoornissen. Een vergelijking met andere Nederlandse onderzoeken is niet goed mogelijk. VAN DER HEIDE noemt in het geheel geen psychische stoornissen of psychiatrische afwijkingen. Zijn onderzoek is hierop ook waarschijnlijk niet gericht geweest. VAN DEN DOOL vermeldt, dat ongeveer 10% der onderzochte personen zich financiële zorgen maakt, zich ongelukkig getrouwd voelt, en zich in het algemeen ongelukkig voelt, waarbij de getallen voor beide geslachten in zijn onderzoek niet ver uiteenlopen.

Daarnaast vond hij per persoon gemiddeld 5,1 uitsluitend lichamelijke afwijkingen, terwijl ik er in de overeenkomstige leeftijdsklasse, inclusief de emotionele stoornissen, gemiddeld 3,2 per persoon vond. Ofschoon beide onderzoeken niet geheel op vergelijkbaar materiaal berustten (mijn maatstaven voor een afwijking waren strenger, doch daartegenover waren de onderzochten voor een deel geselecteerd op hun klachten), is het toch wel waarschijnlijk, dat er aan deze gemiddelden bij een onderzoek door de huisarts slechts weinig waarde gehecht kan worden. Verschillende factoren, zoals de instelling van de bevolking en de ambities van de arts, kunnen hierbij van invloed zijn (BUMA, 1950). Door een wederzijds bijwonen van elkaars praktijken gedurende een gehele werkdag konden Van den Dool en ik constateren, dat er zich, althans die dag, in mijn praktijk meer psycho-sociale problematiek openbaarde dan in de zijne, terwijl er zich bij hem meer somatische problemen voordeden dan ik in het algemeen te verwerken krijg. Beide praktijken zijn ongeveer even groot en apotheekhoudend.

Het ontdekken van emotionele stoornissen is in mijn onderzoek aanzienlijk bevorderd door de aanknopingspunten, die het anamneseformulier hiervoor gegeven heeft.

In hoeverre de therapie van emotionele stoornissen tijdelijk of blijvend succes heeft gehad is moeilijk te beoordelen. De arts is vooral bij deze aandoening gauw geneigd eventuele successen na een gesprekstherapie op zijn naam te schrijven, terwijl later blijkt dat wijzingen in het psycho-sociale milieu van de patient een minstens even belangrijke rol gespeeld hebben.

Wel heb ik de indruk gekregen dat, los van een therapeutisch succes, het contact arts-patient door deze gesprekken aanzienlijk verbeterd is. Dit waarschijnlijk door het gevoel van de patient dat hij nu steeds iemand in de buurt weet, die hem met beter begrip dan te voren kan helpen; iemand ook, die getoond heeft belangstelling voor zijn problemen te hebben.

Wat betreft de bezinkingssnelheid der erythrocyten is het de vraag of de norm: hoger dan 15 mm na één uur voor vrouwen niet te laag gesteld is als ondergrens voor een verhoogde bezinking. Het vinden van een verhoogde bezinkingssnelheid is bij mijn onderzoek geen aanleiding geweest tot het vinden van een mij tevoren onbekende afwijking. Ook VAN DER HEIDE komt in zijn veel grotere materiaal tot de conclusie, dat van de mensen met een verhoogde bezinkingssnelheid een groot aantal geen belangrijke afwijkingen had, terwijl anderzijds de meeste mensen, bij wie ernstige of verdachte afwijkingen gevonden werden, een normale bezinkingssnelheid hadden.

Frequent kwamen vervolgens bij mannen ook huidaandoeningen voor, waarvoor in de helft der gevallen therapie ingesteld kon worden. Slechts een derde der afwijkingen was mij tevoren onbekend.

Voetafwijkingen kwamen bij mannen en vrouwen in ongeveer gelijke mate voor. Bij de mannen, bij wie het aantal mij onbekende afwijkingen groter was, kon ook vaker een behandeling ingesteld worden dan bij vrouwen. Daarnaast kregen zij adviezen voor hinderlijke zweetvoeten, welke bij vrouwen niet voorkwamen.

Hoewel ook afwijkingen aan de wervelkolom bij beide geslachten in meer dan 10% voorkwamen, moest de therapie zich hier vooral tot adviezen beperken.

De gynaecologische afwijkingen waren mij voor een zeer groot deel tevoren onbekend. Zeer vaak kon therapie ingesteld worden. Bij vele vrouwen bestond voor het inwendige onderzoek een zekere vrees; bij velen daarna ook een grote opluchting, dat er niets kwaads gevonden was.

De visusstoornissen, die bij beide geslachten in ongeveer 15% voorkwamen, waren mij grotendeels onbekend. Dikwijls werd geen therapie ingesteld, omdat de onderzochte geen hinder van de afwijking had. De extra-bulbaire afwijkingen werden echter in een groot aantal gevallen behandeld.

Gehoorsvermindering kwam bij mannen meer voor dan bij vrouwen. Ook deze afwijkingen waren mij meestal tevoren onbekend. In 40% werd therapie ingesteld.

De gebitsafwijkingen waren de onderzochten uiteraard meerendeels zelf bekend. Bespreking van de invloed van de toestand van het gebit op de spijsvertering en soms mogelijk op het algemeen welbevinden kan bij sommigen de gang naar de tandarts iets versneld hebben.

Voor anaemie werd bij mannen, bij wie geen haemoglobinegehalte onder de 70% hgb (Sicca) gevonden werd, volstaan met dieetadviezen. Bij 3 van de 4 was hiermee na 3 maanden het haemoglobinegehalte gestegen tot boven 85% hgb. De vierde is niet voor contrôle teruggekomen. Bij vrouwen werd in meer dan 75% een therapie ingesteld. Van de 8 vrouwen met een haemoglobinegehalte onder 70% hgb werd bij 7 een snelle ver-

betering bereikt met orale ijzerpreparaten. Bij de achtste was ondersteuning met foliumzuur nodig; zij bleek bij een onderzoek door een internist een lichte levercirrhose te hebben.

Aangezien de met fysische diagnostiek gevonden afwijkingen van het hart niet steeds een pathologische betekenis hadden, werd slechts enkele malen, en dan nog voornamelijk voor rhytmestoornissen, een therapie ingesteld. Ook hier bleek de grote opluchting, wanneer er geen afwijkingen gevonden (of mee te delen) waren. Ik voelde mij daarbij echter toch op glad ijs: als huisarts is men zich bewust, hoe weinig reële inhoud een geruststelling op dit gebied heeft. Toch meen ik, dat het wegnemen van zorgen over het hart, tenzij dit er toe leidt, dat men zwaardere eisen aan dit orgaan gaat stellen, wenselijk is. Alleen daarom al is een hartonderzoek nuttig. Het risico, dat de preventief-geneeskundige loopt om verwijten te krijgen, wanneer er zich kort nadien een acute hartaandoening voordoet, dient hij als een beroepsrisico te aanvaarden.

#### § 4. DE SCHRIFTELIJKE ANAMNESE ALS LEIDRAAD VOOR PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK

##### 4. *Samenhang tussen klachten en afwijkingen*

In tabel 34 is onder kolom AF aangegeven, hoe vaak de gevonden afwijkingen samengingen met 'duidende', op het formulier aangegeven, klachten. Bij beide geslachten bleek dit in bijna 60% het geval te zijn. Het gevonden percentage is in overeenstemming met de resultaten van het experimenteel T.N.O.-onderzoek, waarbij de anamnese in 63,4% van alle gevonden afwijkingen bij de vondst betrokken was (tabel 1).

Verdelen wij de gevonden afwijkingen naar de mate, waarin zij reeds via het formulier min of meer voorspeld konden worden, dan ontstaat het volgende overzicht. Alleen die afwijkingen zijn hierin opgenomen, die per geslacht 10 maal of meer gevonden zijn.

Mannen		Vrouwen	
≥ 90%	aandoening gebit phys. diagn. afw. buik neusaandoeningen	≥ 90%	oedeem, elephantiasis anamn. aand. Z.S. extrabulb. oogaand. neusaandoeningen
75-90%	emotionele stoornissen zweetvoeten aand. perif. zenuwen intrapulmonaire afw.	75-90%	aand. gebit fluor albus emot. stoornissen afw. bloeddruk

50-75%	extrabulb. oogaand. gehoorsvermindering aand. wervelkolom	50-75%	prolaps aand. cervix aand. voeten gewichtsafwijkingen aand. venen huidaandoeningen afw. sediment aand. wervelkolom
25-50%	gewichtsafwijkingen aand. voeten phys. diagn. afw. hart visusstoornissen huidaand.	25-50%	aand. schildklier visusstoornis afw. haemoglobinege- halte phys. diagn. afw. hart
1-25%	geen	1-25%	geen (0% afw. bezinkingssnelheid)

TABEL 47. DE AFWIJINGEN, DIE VERGEZELD GINGEN VAN 'DUIDENDE' KLACHTEN  
DER ONDERZOCHTEN, VERDEELD NAAR LEEFTIJDSCLASSE EN GESLACHT

leeftijdsklasse	Mannen				Vrouwen			
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal
onderzocht	44	53	38	135	67	63	67	197
aant. afw. (A)	116	153	102	371	218	217	227	662
aant. geduide afw. (AF)	73	86	62	221	137	133	124	394
perc. van A	62,1	56,2	60,8	59,6	62,8	61,3	54,6	59,5

Uit tabel 47 blijkt, dat de leeftijd geen duidelijke invloed heeft op de percentages, waarin de onderzochten duidende klachten bij de gevonden afwijkingen aangegeven hebben. Ook tussen beide geslachten zijn geen verschillen, die niet toevallig kunnen zijn. Bij de mannen waren zowel het absolute aantal klachten als het absolute aantal gevonden afwijkingen minder groot dan bij de vrouwen, waardoor de verhouding tussen deze beide, uitgedrukt in het percentage duidende klachten, bij beide geslachten ongeveer gelijk was. Dat vrouwen meer klachten hebben dan mannen behoeft niet te leiden tot de conclusie, dat zij spoediger klagen dan mannen. Om hier iets over te zeggen zou het nodig geweest zijn om na te gaan hoeveel 'niet-duidende' klachten bij mannen en vrouwen voorkomen. Aangezien het niet steeds duidelijk is hoeveel en welke klachten primair en secundair samenhangen met een afwijking, is dit bij een incidenteel onderzoek niet mogelijk.

Bij beide geslachten kwam meer dan de helft van alle mij tevoren onbekende afwijkingen voor therapie in aanmerking (tabel 48). Daarbij drukken de gevallen van een onbekende verhoogde bezinkingssnelheid (bij vrouwen 56 en bij mannen 6) deze percentages, omdat die alle als niet behandeld aangemerkt zijn. Uit het procentuele verschil tussen het aantal

TABEL 48. VERHOUDING VAN HET AANTAL ONBEKENDE, BEHANDELDE AFWIJINGEN EN HET AANTAL ONBEKENDE, BEHANDELDE EN AANGEDUIDE AFWIJINGEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL ONBEKENDE AFWIJINGEN BIJ DE ONDERZOCHTEN, VERDEELD NAAR GESLACHT

	Mannen		Vrouwen	
	aantal	perc.	aantal	perc.
onbekende afw.	274	100,0	449	100,0
onbekende behandelde afw.	153	55,8	249	55,0
onbek. beh. aangeduide afw.	104	38,0	178	39,6

*aangeduide* tevoren onbekende en behandelde afwijkingen en het *totale* aantal tevoren onbekende en behandelde afwijkingen, kan de conclusie getrokken worden, dat ik bij mannen 17,8% en bij vrouwen 15,4% minder mij tevoren onbekende behandelbare afwijkingen gevonden zou hebben, wanneer het lichamelijke onderzoek niet, zoals nu gebeurd is, primair ongericht uitgevoerd zou zijn, doch uitsluitend gericht op de klachten vermeld op het anamneseformulier. De veronderstelling lijkt gewettigd, dat dit percentage in het curatieve contact, waarbij de anamnese meestal korter is, nog hoger zal zijn, wanneer de huisarts zijn onderzoek uitsluitend op de geuite klachten richt. Deze uitkomst lijkt een aanbeveling om iedere patiënt, met welke klacht dan ook, in ieder geval éénmaal volledig lichamenlijk te onderzoeken.

## 2. Gebreken van het gebruikte anamneseformulier

Ofschoon vóór het eigenlijke onderzoek een proefonderzoek met het formulier gedaan is, zijn in de loop van het onderzoek nog bepaalde gebreken van dit formulier aan het licht gekomen.

De tekortkomingen van de lijst van vroegere ziekten zijn reeds besproken in Hoofdstuk IV, § 2, 2,1. Er bleek naar enkele belangrijke ziekten (o.a. meningitis, rachitis) niet gevraagd te zijn.

In de vragenlijst voor vrouwen was een vraag opgenomen, die ook reeds op het hoofdblad stond, zodat vrouwen deze vraag twee maal moesten beantwoorden (vraag 336 en 362 naar stressincontinentie). Vraag 146, naar moeilijkheden rond de zwangerschap, was te vaag.

Op het hoofdblad bestond een aantal vragen uit twee delen, zodat bij een positieve beantwoording geen zekerheid bestond op welk deel het antwoord betrekking had. Uiteindelijk bleken deze pogingen om het aantal vragen zoveel mogelijk te beperken geen succes. Iedere vraag dient scherp omlijnd te zijn en het antwoord mag geen twijfel laten. Van te voren was dit wel overwogen, maar de beoordeling van twee verschijnselen, die geacht werden beide een uiting te zijn van eenzelfde aandoening, was verkeerd. Deze fout kwam zeer duidelijk tot uiting in vraag 241: lusteloosheid of spoedige vermoeidheid. Twee aandoeningen, die wel vaak samengaan bij een aantal aandoeningen, maar toch ook heel goed gescheiden kunnen voorkomen: iemand met een slechte hartfunctie hoeft niet lusteloos te zijn. Hetzelfde probleem deed zich voor bij de vragen: 245: angineuze klachten bij opwinding staan dicht bij dezelfde klachten bij inspanning of temperatuurwisseling dan gevoelens van beklemndheid in rust; 318: er is een groot verschil tussen de reële eenzaamheid van een weduwe met jonge kinderen en de gefrustreerdheid van naar hun gevoel steeds miskende personen, en 328: splitsing van de beide voorbeelden had een huwelijks- of opvoedings-probleem directer aan het licht gebracht.

Ook vraag 341, naar behandeling of contrôle van huisarts of specialist, had beter gesplitst kunnen worden, waarbij het woord contrôle wel vervallen kan: een regelmatig onderzoek naar een bepaalde afwijking, meestal vergezeld van therapie, wordt door de patiënt terecht als behandeling beleefd.

Vraag 340, naar de wenselijkheid van nader lichamelijk onderzoek, had gesteld moeten worden zonder de beperking: 'voor onbehandelde klachten' (hoofdstuk V).

Vraag 339, die het verzoek inhield de nummers van reeds behandelde klachten op te schrijven, kan beter weggelaten worden. Zij werd door zo weinig personen nauwkeurig beantwoord, dat bewerking onmogelijk was. Waarschijnlijk kwam dit, omdat zij van de deelnemer een opnieuw door-nemen van de hele lijst eiste, terwijl men mogelijk van oordeel was, dat ik dit zelf ook kon of behoorde te weten.

De vragen naar problemen op psycho-sociaal gebied zijn relatief vaak beantwoord. Er is geen spoor van remming gebleken. De vrees, die ik hiervoor had, was er de oorzaak van dat enkele vragen, gericht op uitgesproken pathologische toestanden, weggelaten zijn.

## HOOFDSTUK VII

### NA-ONDERZOEK

#### § 1. INDRUKKEN OVER DE GEZONDHEID VAN DE DEELNEMERS EEN JAAR NA HET EINDE VAN HET ONDERZOEK

##### *Inleiding*

Bij de beoordeling van het nuttig effect van een schriftelijke anamnese als selectiebasis voor een nader lichamelijk onderzoek, is het noodzakelijk om na te gaan in hoeverre er aan deze selectie risico's verbonden zijn. De meest juiste, maar ook meest tijdrovende, weg is om alle personen, die op grond van hun anamnese niet in aanmerking komen voor een lichamelijk onderzoek, toch te onderzoeken om daarna te beoordelen of de beslissing juist is geweest.

Deze methode kon ik niet volgen, omdat de twee categorieën dan gehalveerd hadden moeten worden om bij hetzelfde aantal cliënten een lichamelijk onderzoek te doen. Hierdoor zou het aantal onderzoeken, dat nodig leek om enige indruk te kunnen krijgen van het effect van een lichamelijk onderzoek bij personen, bij wie dit op grond van hun anamnese wenselijk is, te klein worden.

Een andere methode is – en deze heb ik gevolgd – om de gezondheids-toestand van alle deelnemers, dat zijn dus de personen, die hun formulier ingevuld hebben, na één jaar na te gaan aan de hand van de gegevens, die curatieve contacten in dat jaar opgeleverd hebben.

Het onderzoek heeft een jaar geduurd en de gezondheidsbalans is op-gemaakt een jaar na het laatste onderzoek. De observatieperiode varieert hierdoor van één (voor personen van 54 jaar) tot twee jaar (voor de 40-jarigen).

Aan het einde van deze periode behoorden er van de oorspronkelijke 597 deelnemers nog 576 tot mijn praktijk (tabel 49).

Wanneer consulten voor ongevallen evenals consulten voor reeds vòòr het onderzoek bestaande of tijdens het onderzoek ontdekte aandoeningen niet meegerekend worden, dan hebben 68,8% der mannen en 74,0% der vrouwen, die hun anamneseformulier ingevuld hebben, mij gedurende minstens een jaar niet voor nieuwe aandoeningen geconsulteerd (tabel 50).

TABEL 49. VERANDERING IN DE SAMENSTELLING DER DEELNEMERS, EEN JAAR NA HET EINDE VAN HET ONDERZOEK

	Mannen		Vrouwen	
	niet onderz.	onderz.	niet onderz.	onderz.
1963	150	135	115	197
1965	144	132	106	194
verschil ontstaan door:				
overlijden	1	1	1	—
vertrek	4	1	7	1
verandering huisarts	1	1	1	2

TABEL 50. HET AANTAL DEELNEMERS, DAT MIJ GEDURENDE 1 TOT 2 JAAR NADAT ZIJ HUN ANAMNESEFORMULIER INGEVULD HADDEN, RESP. LICH. ONDERZOCHT ZIJN, NIET VOOR NIEUWE AANDOENINGEN HEEFT GECONSULTEERD, VERGELEKEN MET HET PERCENTAGE DAT VÒÒR HET ONDERZOEK ZELDEN CONSULTEERDE OF CHRONISCH PATIËNT WAS

	Mannen	Vrouwen
aantal deelnemers	276	300
geen consulten voor nieuwe aandoeningen	189	222
percentage	68,8	74,0
percentage f.c. 1 + 3 (tabel 3)	80,0	65,4
f.c.1 = zelden consulterend		
f.c.3 = chronisch patiënt		

Het is mogelijk een zekere vergelijking te maken met het percentage deelnemers, dat (volgens tabel 3) mij vòòr het onderzoek zelden consulteerde plus het percentage chronische patiënten (omdat deze ook bijna allen tot die zelfde categorie behoorden, zie hoofdstuk III, § 2). De maatstaven konden echter niet gelijk zijn; de maatstaf voor zelden consulterende cliënten vòòr het onderzoek was minder dan 4 consulten (visites niet meegerekend) gedurende twee jaar voor telkens verschillende aandoeningen. Na het onderzoek is de maatstaf: gedurende minstens een jaar in het geheel niet consulteren voor nieuwe aandoeningen. De laatste maatstaf is strenger; desondanks voldoen meer vrouwen er na het onderzoek aan, dan zij dat aan de minder strenge maatstaf deden vòòr het onderzoek. De medische consumptie is bij vrouwen na het preventieve onderzoek (dat voor een gedeelte van hen alleen uit het invullen van het formulier bestond) dus niet gestegen. Bij mannen kan geen conclusie getrokken worden, omdat bij hen het verschil negatief is, hetgeen mogelijk veroorzaakt is door de verschillende maatstaven.



### 1. *Niet onderzochte personen*

De enige conclusie, die ik over de niet onderzochte personen, die mij niet voor nieuwe aandoeningen geconsulteerd hebben (97 mannen en 79 vrouwen) in ieder geval kan trekken, is dat er bij deze personen, wanneer zij één tot twee jaar geleden onderzocht waren, geen ziekten ontdekt zouden zijn, die in de loop van één tot twee jaar leiden tot een manifest ziektegevoel of ernstige klachten, die tot consulteren nopen. Dit sluit dus al met grote waarschijnlijkheid een aantal maligne en progressieve ziekten uit. Er resten een aantal aandoeningen, die subjectief zo weinig progressief verlopen, dat de vraag rijst of vroege diagnostiek voor deze ziekten, speciaal ook met het oog op het subjectieve gezondheidsgevoel van de deelnemer, wel van belang is.

#### 1.1. *Niet onderzochte mannen*

Van de 150 niet onderzochte mannen zijn er 4 verhuisd; één is veranderd van huisarts (tabel 49). Van de overige 145 hebben 97 mij niet voor nieuwe aandoeningen geconsulteerd (66,9%). Bij de overigen hebben zich wel nieuwe aandoeningen voorgedaan (met uitsluiting van traumata en reeds vòòr het onderzoek bestaande aandoeningen) (tabel 51).

Sommige mannen (en dit geldt ook voor de aanstonds te bespreken niet onderzochte vrouwen) hebben voor meer dan één aandoening hulp ingeroepen. Alleen de aandoeningen, die eventueel gevonden hadden kunnen worden, of indien dat niet voorkwam, alleen de belangrijkste aandoening is genoteerd.

TABEL 51. AFWIJKINGEN, GEVONDEN IN DE LOOP VAN ÉÉN TOT TWEE JAAR NADAT ZIJ HUN ANAMNESEFORMULIER INGEVULD HADDEN, BIJ NIET-ONDERZOCHE MANNEN, EN DE MOGELIJKHEID DAT DEZE AFWIJKINGEN BIJ HET PREVENTIEVE ONDERZOEK GEVONDEN ZOUDEN ZIJN

Nieuwe afwijkingen	waarschijnlijk gevonden indien 1 à 2 jaar eerder onderzocht.		
	niet	wel	dubieus
maagcarcinoom			1
keel-, neus-, oor- en mond-aand.	3	1	
hart- en bloedvaat-aandoeningen	2		
longaandoeningen	2		
buikaandoeningen	3		1
huidaandoeningen	2		
aand. bew. apparaat	5	1	
neurologische aandoeningen	2		
emotionele stoornissen	4		1
aandoeningen u.g. stelsel			3
niet te verklaren klachten	3		
<b>totaal</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>6</b>

De aandoeningen, die wel geconstateerd hadden kunnen worden, waren éénmaal een hypertrofische concha inferior nasi en éénmaal de ziekte van Bechterew. De man met de laatste aandoening behoorde nog maar kort tot mijn praktijk en zijn klachten treden periodiek op. De bezinkings-snelheid is echter voortdurend verhoogd.

Een man is overleden aan een maagcarcinoom. Dit gebeurde 10 maanden na het invullen van zijn anamneseformulier, waarop hij uitsluitend de vraag naar dagelijks sigaretten roken positief beantwoord had. Een maand voor zijn overlijden kwam hij voor het eerst bij mij wegens sinds enkele weken bestaande pijnen in de bovenbuik met 'zuurbranden.' Een weerstand in de buik of andere aanwijzingen voor een maligne proces werden toen door mij niet gevonden. Aangezien hij digitalis gebruikte, omdat hij af en toe last had van boezemfibrilleren, werd met dit medicament gedurende een week gestopt. Toen na deze week de klachten bleven bestaan werd hij verwezen naar een internist. Deze vond toen met röntgenologisch onderzoek de maagafwijking. Een week na dit onderzoek kreeg de patiënt een letale bloeding. Deze aandoening zou, indien hij onderzocht was in het kader van het onderzoek, mogelijk gevonden zijn wanneer hij toen reeds een anaemie, een positieve benzidineractie van de faeces of een verhoogde bezinkingssnelheid gehad zou hebben.

Andere aandoeningen, die misschien bij een lichamenlijk onderzoek te constateren geweest zouden zijn, waren een ulcus duodeni bij een man, van wie al langere tijd bekend was dat hij maagklachten had. Hij had dit ook op zijn formulier aangegeven en er waren al eerder foto's van zijn maag gemaakt, welke toen echter nog geen ulcus lieten zien.

Verder zouden eventueel gevonden kunnen zijn: een emotionele stoornis ten gevolge van ook reeds in de onderzoeksperiode bestaande spanningen op het werk, twee maal een niersteen (misschien zouden er erythrocyten in de urine gevonden zijn) en éénmaal een ook ten tijde van het onderzoek reeds bestaande impotentie.

### 1.2. *Niet onderzochte vrouwen*

Ook van dezen is er een vrouw overleden. Zij was echter tijdens de onderzoeksperiode al ernstig ziek en bedlegerig, om welke redenen ik haar niet voor een lichamenlijk onderzoek uitgenodigd had.

Van de 106 niet onderzochte vrouwen, die nog tot mijn praktijk behoorden, hebben mij 79 niet voor nieuwe aandoeningen geconsulteerd (74,5%). Bij de overige 27 vrouwen zijn in de genoemde periode enkele nieuwe afwijkingen gevonden, die in tabel 52 zijn vastgelegd.

De 3 waarschijnlijk bij een preventief lichamenlijk onderzoek gevonden hart- en vaat-ziekten waren alle een matige hypertensie.

De verhoogde bezinkingssnelheid werd gevonden bij een keuring voor

TABEL 52. AFWIJKINGEN, GEVONDEN IN DE LOOP VAN ÉÉN TOT TWEE JAAR NADAT ZIJ HUN ANAMNESEFORMULIER INGEVULD HADDEN, BIJ NIET-ONDERZOCHE VROUWEN, EN DE MOGELIJKHEID DAT DEZE BIJ HET PREVENTIEVE ONDERZOEK GEVONDEN ZOUDEN ZIJN

Nieuwe afwijkingen	waarschijnlijk gevonden indien onderzocht		
	niet	wel	dubieus
keel-, neus- en ooraandoening	1		
hart- en bloedvaat-aandoeningen		3	
longaandoening	1		
buikaandoening			
huidaandoening	1		
aand. bew. apparaat	3		
neurologische aandoeningen	2		
emotionele stoornissen	4		
gynaecologische aand.	2		
graviditeit	2		
verhoogde bezinkingssnelheid			1
niet te verklaren klachten	3		
<b>totaal</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

de bloedtransfusiedienst; bij nader onderzoek werd er geen pathologische oorzaak voor gevonden. Deze afwijking verdween later spontaan en het is dus niet zeker of zij reeds aanwezig geweest zou zijn, wanneer deze cliënte wel lichamelijk onderzocht was bij het preventieve onderzoek.

### 1.3. Conclusie over de selectie

Één niet-onderzochte man is overleden aan een aandoening, waarvan het niet zeker is of deze gevonden had kunnen worden indien hij in het kader van het preventieve onderzoek lichamelijk onderzocht zou zijn.

De patiënt is in de periode tussen het invullen van zijn formulier en het moment waarop hij voor het eerst ging klagen over verschijnselen, die afkomstig waren van zijn uiteindelijk fatale ziekte, twee maal bij mij geweest voor contrôle van een andere aandoening. Uitstel van het gaan naar zijn arts omdat deze niet op zijn ingevulde formulier gereageerd had, kan dus geen rol gespeeld hebben.

Statistisch is dit éne geval – zelfs al zou het zeker en niet dubieus zijn geweest dat de aandoening bij het prev. g.o. te vinden geweest was – op de 265 niet-onderzochte personen te verwaarlozen, gevoelsmatig echter niet.

Men mag niet verwachten met een screeningsonderzoek naar klachten asymptomatische aandoeningen op het spoor te komen. Desondanks was mijn emotionele reactie

op deze ziektegeschiedenis heftiger dan op die, waarbij een wel-onderzochte deelnemer korte tijd later overleed aan een bij het lichamelijk onderzoek niet te vinden aandoening. Bij de laatste had ik meer het gevoel alles gedaan te hebben wat in mijn vermogen lag, bij de eerste niet. Dit niet alles gedaan hebben was uiteraard een gevolg van de toegepaste methode. Dit kan ook gebeuren wanneer men een gericht onderzoek doet op bv. glucosurie of het haemoglobinegehalte. Met deze screeningsmethoden heb ik geen ervaring, doch ik kan mij voorstellen, dat het emotioneel verwerken van een dergelijke ziektegeschiedenis daarbij anders ligt dan bij een screening op de anamnese, dus op symptomen, die van alle ziekten afkomstig kunnen zijn.

Mijn verstandelijke conclusie is, dat de genoemde ziektegeschiedenis niet bepalend is voor de toegepaste methode, wanneer men de beperkingen van de methode tevoren aanvaardt en alle maatregelen genomen heeft om deze zo gering mogelijk te doen zijn in hun uitwerking. De methode heeft dezelfde beperkingen als elk screeningsonderzoek.

Zelfs heeft zij dezelfde beperkingen als een aselekt ongericht onderzoek. Wanneer bij deze man, ware hij onderzocht, geen afwijkingen waren gevonden, dan had ik mij na het openbaren van zijn ziekte af kunnen vragen of het niet beter zou zijn om bij alle onderzochten tevens een maagfoto te laten maken, waarbij de afwijking mogelijk wel gevonden zou zijn. Doorredenerend kan men zich ook afvragen of, wanneer een maagfoto geen afwijkingen zou hebben laten zien bij deze patiënt, er niet liever tevens stelselmatig cytologisch onderzoek van de nuchtere maaginhoud gedaan zou moeten worden.

## *2. Onderzochte personen*

Een reeds in hoofdstuk I, § 2 ter sprake gekomen vraag, die zich bij prev. g.o. door de huisarts voordoet, is die, of zijn diagnostische mogelijkheden voldoende zijn voor het verantwoord doen van deze onderzoeken. Om dit te kunnen beoordelen, heb ik ook van de wel onderzochte personen nagegaan hoe het verloop van hun gezondheid is geweest gedurende een periode van 1 tot 2 jaar na het bij hen verrichte onderzoek.

### *2.1 Onderzochte mannen*

Van de 135 onderzochte mannen is in die observatie-periode één man overleden (hoofdstuk VI, 1,13), één verhuisd en één veranderd van huisarts. Met uitsluiting van ongevallen en contacten voor reeds voor het onderzoek bestaande of tijdens het onderzoek ontdekte chronische ziekten, is met 92 van de overige 132 onderzochte mannen geen contact geweest (70,0%). Ook voor hen geldt dat, als er aandoeningen over het hoofd zijn gezien, dit in ieder geval geen snel progressieve of ernstige klachten gevende aandoeningen zijn geweest. Bij de overige 40 mannen zijn een aantal nieuwe aandoeningen geconstateerd, waarvan ik mij afgevraagd heb, of deze bij het preventieve onderzoek misschien niet geconstateerd zijn, terwijl zij mogelijk wel aanwezig waren (tabel 53).

TABEL 53. AFWIJKINGEN, GEVONDEN IN DE LOOP VAN ÉÉN TOT TWEE JAAR NA HET LICHAAMELIJKE ONDERZOEK, BIJ ONDERZOCHE MANNEN

Nieuwe afwijkingen	over het hoofd gezien of niet voldoende voorkómen bij het preventieve lichamelijke onderzoek.		
	niet	wel	dubieus
keel-, neus-, oor- en mondaand.	5	1	1
hart- en bloedvaat-aandoening	1		1
longaandoeningen	2		
buikaandoeningen	1		1
huidaandoeningen	2	1	
aand. bew. apparaat	5	1	
neurologische aandoeningen	2		
aand. u.g. stelsel	3		
onbestemde klachten	2		
totaal	23	3	3

Bij één man werd een gehoorsvermindering gevonden, toen één van zijn oren ging lopen. Bij het onderzoek had hij beiderzijds een rustige oude perforatie, waarbij het toen waarschijnlijk reeds bestaande gehoorsverlies met een fijnere diagnostiek gevonden had kunnen worden.

Bij één man is een ontstoken atheroomcyste behandeld, welke in aansluiting aan het lichamelijk onderzoek – toen zij niet ontstoken was – direct verwijderd had kunnen worden.

Eén man klaagde over pijn in de voeten. Zijn pedes plani zijn bij het preventief onderzoek niet behandeld.

Het is niet zeker of een man, die klaagde over oedemen 's avonds, geen infarct gekregen zou hebben, wanneer bij het onderzoek een e.c.g. gemaakt zou zijn. Bij één man werd een ulcus duodeni gevonden. Misschien had hij bij het onderzoek reeds een ulcus, in ieder geval wel enkele maagklachten.

Eveneens is het dubieus of de wel zeer onschuldige, maar hinderlijke aandoening van een afsluitende cerumenprop voorkomen had kunnen worden, wanneer een eventueel niet afsluitend propje bij het onderzoek was uitgespoten.

## 2.2 Onderzochte vrouwen

Van de 197 onderzochte vrouwen is er één verhuisd en twee zijn veranderd van huisarts. Met 143 vrouwen (73,2%) is geen contact voor nieuwe aandoeningen geweest. De nieuw gevonden afwijkingen bij de overige 51 onderzochte vrouwen zijn vastgelegd in tabel 54.

**TABEL 54. AFWIJKINGEN, GEVONDEN IN DE LOOP VAN ÉÉN TOT TWEE JAAR NA HET LICHAMELIJKE ONDERZOEK, BIJ ONDERZOCHE VROUWEN**

Nieuwe afwijkingen	over het hoofd gezien of niet voldoende voorkómen bij lichamenlijk onderzoek		
	niet	wel	dubieus
hart- en bloedvaat-aand.	5		1
longaandoeningen	2		
buikaandoeningen	3		
huidaandoeningen	2		
aand. bew. apparaat	7		
neurologische aandoeningen	1		
aand. u.g. stelsel	8		
graviditeit	1		
abortus	2		
emotionele stoornissen	4		
diabetes mellitus			1
<b>totaal</b>	<b>35</b>		<b>2</b>

De hartziekte bij de onderzochte vrouwen, die misschien te voorkomen zou zijn geweest, was een rhytmestoornis van het hart en is beschreven in hoofdstuk VI, § 1, 21. Het advies om haar nevenfunctie op te geven is bij deze vrouw mogelijk van invloed geweest op ontstaan van deze afwijking. Bij één vrouw werd 11 maanden nadat zij preventief onderzocht was, waarbij geen glucosurie aangegeven en gevonden werd, een diabetes mellitus ontdekt. Deze aandoening had mogelijk gevonden kunnen worden, indien bij alle onderzochten een onderzoek ingesteld was naar het nuchtere bloedsuikergehalte of naar de bloedsuikerbelastings-curve.

Ook één abortus hangt misschien samen met het onderzoek. Het betrof een 41-jarige vrouw, die één kind had gehad, dat gestorven was. Haar gespannen levenshouding weet zij aan dit gebeuren. Als medicament kreeg zij een spasmolyticum. Post of propter, een maand later was zij gravida. Deze graviditeit is helaas na drie maanden met een abortus geëindigd.

## § 2. REACTIES DER ONDERZOCHE DEELNEMERS OP HET ONDERZOEK

Bij het experimenteel geneeskundig onderzoek van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. werd aan het einde van elk lichamenlijk onderzoek aan de onderzochte een enquêteformulier meegegeven met het verzoek dit anoniem in te vullen en op te sturen naar deze organisatie. In dit formulier werd onder meer gevraagd naar de reden, waarom men zich voor het proefonderzoek beschikbaar had gesteld.

Ruim 80% van alle onderzochten (169 van de 202) heeft aan dit verzoek voldaan. Sommige personen hebben meer dan één antwoord gegeven, zodat het totale aantal antwoorden meer bedraagt dan 169.

TABEL 55. REDENEN, WAAROM PROEFPERSONEN BIJ HET PREV G.O. VAN DE GEZONDHEIDSORGANISATIE T.N.O. ZICH BESCHIKBAAR STELDEN VOOR DAT ONDERZOEK

Totaal aantal antwoorden: 169	
a. Hij vond het prettig om eens extra te worden nagekeken	102 = 60,4%
b. Hij vond het noodzakelijk	40 = 23,7%
c. Omdat de dokter het vroeg	74 = 43,8%
d. Hij wilde niet weigeren	14 = 8,3%
e. Hij voelde zich toch al niet goed	25 = 14,8%
f. Hij had reeds bestaande, onbehandelde klachten	12 = 7,1%

Ruim de helft der onderzochte personen vond het blijkens tabel 55 prettig om eens geheel nagezien te worden; een kwart vond het zelfs noodzakelijk.

Dat meer dan 40% der uitgenodigde personen aan het T.N.O.-onderzoek deelnam omdat de dokter het vroeg, is misschien toch een aanwijzing, dat zeker wanneer de eigen huisarts hen uitnodigt voor een preventief onderzoek, er zich deelnemers melden, die niet uit zichzelf behoefte hebben aan deze vorm van gezondheidszorg. Bij onderzoekingen naar de gezondheidstoestand van een bepaalde bevolkingscategorie is het inschakelen van de huisarts een methode, die mogelijk meer deelnemers oplevert dan een uitnodiging door een onbekende instantie. Dit verklaart misschien ook het verschil in deelneming tussen het onderzoek van VAN DEN DOOL (88%) als huisarts en het onderzoek van VAN DER HEIDE (52,5%), die niet de huisarts van de uitgenodigden was.

Het leek mij geen zin te hebben om zelf dergelijke vragen aan de deelnemers en onderzochten te stellen, omdat de kans groot was, dat de antwoorden voor een deel beïnvloed zouden worden door hun relatie tot mij.

Wel heb ik na afloop van het onderzoek aan de assistente gevraagd een zo objectief mogelijk verslag te maken, o.a. over de reacties der onderzochte personen bij het laboratoriumonderzoek, dus vòòr het lichamelijk onderzoek door mijzelf, en bij het klaar maken der medicijnen, dus na het onderzoek.

Zij schreef:

'De mannen gaven niet zo vaak commentaar, een enkele liet blijken, dat hij het onderzoek zeer op prijs stelde, maar het merendeel zei er niets van. Het onderzoek bij mij ondergingen ze ook allen heel gewillig, niemand had er wat op tegen, behalve één man, die geen bezinking wilde laten prikken.

Heel anders was het bij de vrouwen. Zij kwamen, omdat ze het wel nodig vonden.

Er waren ook vrouwen, die niet kwamen omdat ze het voor zichzelf nodig achtten, maar om de dokter een plezier te doen, omdat het een wetenschappelijk onderzoek was. Ik werkte mijn rijtje af, dat ging meestal zonder commentaar, maar als de bezinking en de hb. kwamen, schrokken ze een beetje en kwam vaak de reactie 'als ik dat geweten had, was ik niet gekomen'. Meestal viel het achteraf wel mee en vroegen ze 'of dat alles was'. 'Hadden ze zich daar zo druk over gemaakt' kwam er dan. De vrouwen hadden een grote hekel aan het inwendige onderzoek bij de dokter. Dit vonden ze allemaal erg naar en een ieder zag daar tegen op.

Toen het onderzoek een paar maanden aan de gang was, kon ik merken, dat er heel wat over gepraat werd, want iedereen wist wat er kwam, vooral wat het onderzoek bij de dokter betrof. De reactie achteraf was erg gunstig. Men vond het prettig nagekeken te zijn en te weten dat alles in orde was. De mensen bij wie iets ontdekt was, vonden het prettig, dat zij, dank zij dit onderzoek, hun tot dan toe verborgen kwalen konden laten behandelen. Ik kreeg de indruk dat de jongere mensen het net zo prettig vonden nagekeken te zijn als de oudere'.

Mijn eigen indruk is, dat er onder de onderzochten dikwijls angst voor carcinoom voorkwam. Het is niet mogelijk geweest om na te gaan in hoeverre dit ontstaan is door mijn eigen uitnodiging tot nader lichamelijk onderzoek, hoewel deze n.m.m. zeer voorzichtig gesteld was (bijlage III).

Ook in de spreekkamer manifesteerde zich bij vrouwen duidelijk de vrees voor het gynaecologische onderzoek, dat bestond uit een toucher en een speculumonderzoek, met soms het opvangen van wat vaginaal secreet voor microscopisch onderzoek. Eveneens was hierna bij velen de opluchting, dat de verwachte pijn meeviel en er geen maligne aandoeningen gevonden waren, duidelijk merkbaar.

Bij de bespreking van gevonden afwijkingen reageerde iedereen rustig, hetgeen door de aard van deze afwijkingen meestal ook mogelijk was. Voorstellen voor nader specialistisch onderzoek werden behoudens voor incidentele gevallen (een phimosis, gehoorsvermindering, een hernia inguinalis) aanvaard. Voor de door mij ingestelde therapie was men, zoals de assistente ook al schreef, vaak dankbaar.

Men leek de nadrukkelijk gegeven waarschuwing aan het einde van het lichamelijke onderzoek, dat dit niet als een gezondheidsgarantie gezien mocht worden, goed te begrijpen.

Slechts éénmaal trad reeds bij het laboratoriumonderzoek een contactstoornis op met een deelneemster, die ook dit alleen door mij uitgevoerd wilde zien: 'ik betaal om door een dokter behandeld te worden, niet door een hulpkracht.'

De positieve instelling ten aanzien van mij als arts, die dit onderzoek deed, was evident. Verschillende cliënten uitten hun waardering, dikwijls vergezeld van een zekere verbazing, dat, 'de dokter nog tijd had om dit erbij te doen.' Bij de beoordeling van de reacties dient niet uit het oog verloren te worden, dat zij gegeven werden in aansluiting aan het onderzoek zelf.



De opluchting en het soms prettige gesprek bracht de deelnemer in een enigszins euphore gemoedsstemming. Men moet daarom zeer kritisch staan tegenover de blijvende waarde van deze reacties. De relatieverbetering van dat moment is mogelijk slechts van tijdelijke aard.

Belangrijker is de blijvende verandering in het eigen gezondheidsgevoel van de onderzochten en de blijvende verandering in de arts-patiënt relatie.

Over het eerste kan ik geen oordeel vormen, hoewel ook een jaar later nog wel tot uiting kwam, dat sommige cliënten door het onderzoek wat minder gespannen-bezorgd tegenover hun eigen gezondheid stonden.

Wat betreft de verandering van de arts-patiënt relatie kan ik alleen iets zeggen omtrent de manifeste verslechtingen en omtrent mijn eigen gevoelsinstelling tegenover de onderzochten.

In een plaats waar drie huisartsen werken, bestaat in het algemeen een goede relatie met de eigen cliënten, omdat door de vrije artskenyuze de personen, met wie een slechte relatie bestaat, als regel vroeger of later uit de praktijk verdwijnen.

Duidelijke verslechting in de relatie door het onderzoek uitte zich twee maal in verandering van huisarts. Het ene geval was gebaseerd op twijfel aan mijn medische kennis en is beschreven in hoofdstuk VI, § 1, 5. Het tweede geval was het gevolg van een verkeerde instelling mijnerzijds.

Een onderzochte vrouw had na het onderzoek haar hart gelucht over opvoedings-moeilijkheden. Een week na het onderzoek kwam zij op het spreekuur met een, volgens mij, volmaakt onbelangrijke lichamelijke klacht. Mijn reactie was een mengeling van teleurstelling, dat zij 'na zo'n groot onderzoek' voor 'zo'n futiliteit' kwam, en van nieuwsgierigheid, of de klacht misschien als aanknopingspunt bedoeld was om het gesprek voort te zetten, zich uitend in mijn vraag: 'is dat alles, waar u voor komt?' Kennelijk proefde zij alleen de eerste reactie, want korte tijd later was zij veranderd van huisarts. Naderhand realiseerde ik mij, dat ik een 'rol-verwachting' van haar had, waaraan zij met haar klacht niet voldeed. Tevens speelde er vermoedelijk een zekere vrees doorheen, dat zij, die tot dusverre zelden een beroep op mij deed, nu door de deur, die ik door het onderzoek en door het gesprek wijd open had gezet, een frequente bezoeker zou worden.

Deze verwachting ten aanzien van de rol van de patiënt is een belangrijk facet bij de uitvoering van preventief geneeskundig onderzoek door een huisarts met een grote praktijk: hij weet, dat hij zijn praktijk alleen goed kan voeren, wanneer de cliënten zich in grote lijnen aanpassen aan zijn wijze van benadering. In de loop der jaren laat hij - soms onbewust - merken, waar hij wel en waar hij niet van gediend is. Door ongericht preventief onderzoek opent de huisarts nu zelf de mogelijkheid, dat deze beleidslijn verstoord wordt. Eén van de oorzaken van een verstoring zou kunnen zijn, dat de medische consumptie door zo'n onderzoek toeneemt.

En al bleek uit dit onderzoek, dat velen nog onvoldoende van de beschikbare medische hulp gebruik maken, het gevoel van weerstand tegen nog meer werk in de curatieve sector is daar niet mee verdrongen.

Wanneer de relatieverbetering uitgedrukt wordt in mijn eigen gevoel van toegenomen wederzijdse soepelheid, dan blijkt bij contrôle van de lijst van onderzochten na een jaar, dat er met 24 van de 135 mannen en 38 van de 197 vrouwen voor mijn gevoel een beter contact is gekomen dan voor het onderzoek. Ofschoon deze omschrijving allerminst exact is, is zij voor het dagelijkse werk toch wel een belangrijk criterium. De relatieverbetering kwam vooral tot uiting bij de cliënten in de laagste leeftijdsklassen (tabel 56).

TABEL 56. RELATIEVERBETERING MET DE ONDERZOCHTEN TEN GEVOLGE VAN HET ONDERZOEK, NAAR LEEFTIJD SKLASSE EN GESLACHT

leeftijdsklasse	Mannen				Vrouwen			
	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal	40 t/m 44 jr.	45 t/m 49 jr.	50 t/m 54 jr.	totaal
onderzocht	44	53	38	135	67	63	67	197
relatieverbetering	9	13	2	24	21	9	8	38
percentage	20,5	24,5	5,3	17,8	33,0	14,3	11,9	19,3

Wanneer een preventief geneeskundig onderzoek een relatieverbetering met de cliënten tot doel zou hebben, dan leiden de bevindingen in mijn praktijk tot de veronderstelling, dat speciaal het onderzoeken van jongere categorieën tot dit doel kan leiden. Er dient echter rekening mee gehouden te worden, dat er met een aantal onderzochte mannen en vrouwen in de observatieperiode geen contacten geweest zijn.

## HOOFDSTUK VIII

### CONCLUSIES

#### § 1. MOGELIJKHEDEN VAN PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK IN DE HUISARTSENPRACTIJK OP GROND VAN DE OPGEDANE ERVARINGEN

In hoofdstuk I, § 2 zijn enkele theoretische voor- en nadelen genoemd van het verrichten van ongericht prev. g.o. door de huisarts. Het heeft thans, na een jaar ervaring hiermee, zin om de daar vermelde argumenten aan de hand van de opgedane indrukken nader te beschouwen. Tegelijkertijd is het mogelijk om de aspecten van de speciale vorm van preventief geneeskundig onderzoek, zoals ik deze heb toegepast, aan een nadere beschouwing te onderwerpen.

Als het eerste bezwaar tegen prev. g.o. werd tijdsgebrek genoemd. Daar mijn praktijk, wat grootte betreft, boven het landelijke gemiddelde ligt – ten tijde van het onderzoek 3639 cliënten en apotheekhoudend – mag aangenomen worden dat hetgeen in deze praktijk mogelijk was, ook in de meeste praktijken uitvoerbaar is. Daarvoor zijn dan echter de volgende voorwaarden noodzakelijk, die in mijn praktijk alle vervuld waren:

a. De praktijkvoering moet niet extra belast worden door keuringen, contrôles, bevallingen en consultatiebureaux.

b. Er dient een praktijkassistente aanwezig te zijn, die geroutineerd genoeg is om alle laboratoriumonderzoeken en enkele klinische onderzoeken te doen (gewicht, lengte, bloeddruk, visus en gehoor); bovendien moet zij bereid zijn om in de normale arbeidsuren gedurende enige tijd in een verhoogd tempo te werken en af en toe extra tijd aan de praktijk te besteden.

Een tweede kracht voor de administratie-werkzaamheden is eveneens wenselijk. In mijn geval was dit mijn echtgenote.

c. De praktijkruimte moet zo ingericht zijn, dat een vlotte organisatie van prev. g.o. mogelijk is. Met name is een aparte, redelijk geluidsdichte, werkruimte voor de assistente nodig.

In deze situatie is het ons mogelijk gebleken om in één jaar tijd van bijna 600 personen de anamnestiche gegevens te verwerken (15 jaar-classes) en 332 van hen lichamelijk te onderzoeken.

Maar ik moest mijn oorspronkelijke plan, om dit onderzoek nog twee achtereenvolgende jaren te herhalen en aan het einde daarvan de personen, die op grond van hun twee maal herhaalde (schriftelijke) anamnese in die drie jaar nog niet onderzocht waren, alsnog te onderzoeken, opgeven. Voor het volbrengen van de taak van het eerste jaar is een zodanig energieverbruik nodig geweest, zowel van mij als van mijn echtgenote als van de assistente, dat voortzetting in het volgende jaar niet verantwoord zou zijn geweest.

Daarbij moet dan nog erkend worden, dat het besef, dat dit onderzoek mogelijk kon leiden tot een dissertatie, een extra energietoevoer heeft betekend. Het lijkt noodzakelijk om dit te vermelden, omdat een dergelijke stimulans bij het systematisch doorvoeren van prev. g.o. in de huisartsenpraktijk uiteraard ontbreekt.

De conclusie is, dat ik niet in staat zou zijn om een dergelijk onderzoek op deze schaal jaarlijks te herhalen. Het is natuurlijk mogelijk om hetzelfde onderzoek in een langzamer tempo te verrichten. Reeds eerder is vermeld, dat het, althans voor mij, wenselijk bleek het aantal lichamelijke onderzoeken achter elkaar tot twee te beperken. Daarbij moet dan na het eerste lichamelijke onderzoek een uitlooptijd vrijgelaten worden van een half uur, omdat het niet is te voorspellen of een gesprek zal volgen, dat deze tijd in beslag neemt. De ervaring leerde, dat het voor de deelnemer niet altijd mogelijk was om bij een op afspraak later gehouden gesprek dezelfde spontaneïteit op te brengen als in aansluiting aan het lichamelijke onderzoek.

Gezien de opgedane ervaringen zou het in mijn praktijk mogelijk zijn om in de helft van het aantal werkweken, dus gedurende 23 weken per jaar gemiddeld 4 à 5 lichamelijke onderzoeken te doen, zonder dat de praktijkvoering hierdoor in het gedrang zou komen. Dat zijn dus ongeveer 100 onderzoeken per jaar. Dit getal stemt overeen met dat van TEN CATE (1965). Ook deze komt tot dit getal, zonder dat andere noodzakelijke of ontspannende bezigheden aan prev. g.o. opgeofferd behoeften te worden; zijn praktijk is echter kleiner.

Of veel huisartsen in staat zouden zijn om met een praktijk van 2500 personen gedurende 9 jaar deze onderzoeken te doen is zeer de vraag. Toch is dit nodig om ongericht prev. g.o. op de klassieke manier uit te voeren in zo'n praktijk, waarin zich gemiddeld 890 personen bevinden, die ouder dan 40 jaar zijn. Na die 9 jaar hebben dan inmiddels weer 9 jaarklassen de ondergrens van 40 jaar bereikt en overschreden.

Overigens is deze leeftijdsgrens zeer willekeurig. Uit mijn onderzoek is gebleken, dat het aantal en de aard der behandelbare afwijkingen in de drie onderzochte leeftijdsklassen niet duidelijk met de leeftijd stijgt, resp. ernstiger wordt. Een groot aantal emotionele stoornissen is ge-

vonden en behandeld en er zijn in mijn onderzoek geen aanwijzingen gevonden, dat deze op een jongere leeftijd in mindere mate aanwezig zijn. Juist bij uitvoering van prev.g.o. door de huisarts zou het van belang kunnen zijn om de jongeren te onderzoeken, omdat hij dan vroegtijdig mogelijk beïnvloedbare huwelijksconflicten op het spoor komt en adviezen kan geven bij opvoedingsproblemen met jonge kinderen. (LADEE, 1965; KUIPER, 1965). Zou men daarom alle volwassen personen in een dergelijke praktijk met dit tempo willen onderzoeken, (en het aantal personen boven de 24 jaar bedraagt volgens het Centraal Bureau voor Statistiek voor een gemiddelde praktijk 1365) dan vereist dit  $13\frac{1}{2}$  jaar continu onderzoeken om éénmaal rond te komen!

Aannemende, dat de verhouding onderzochten : niet onderzochten in iedere praktijk dezelfde is, kan door middel van de door mij toegepaste methode de benodigde tijd met bijna de helft verminderd worden; immers 55,6% van alle deelnemers is onderzocht. Maar ook dan is zo'n onderzoek moeilijk of niet realiseerbaar.

Een, althans theoretisch, meer uitvoerbare mogelijkheid is, dat de huisarts ieder jaar de echtparen onderzoekt, waarvan het gezinshoofd dat jaar 30, 40, 50, 60 of 70 jaar wordt. Dan dient hij volgens de gegevens van het C.B.S. per jaar ongeveer 125 mensen te onderzoeken, en met mijn methode ongeveer 70. Dit lijkt te realiseren. Iedereen wordt dan om de 10 jaar preventief benaderd. Als een huisarts echter gemiddeld 30 jaar praktijk doet, moet hij alle jaren dit onderzoek doen om iedere cliënt op deze wijze 3 maal te ontmoeten en dan nog alleen indien er geen mutaties in zijn cliëntenbestand zouden zijn. En loont dat de moeite? Het is misschien niet uitgesloten, dat een dergelijke uitbreiding van het werk van de, zich thans in het algemeen reeds zwaar belast voelende huisarts, gaat leiden tot een verkorting van het gemiddelde aantal jaren waarin hij praktijk uitoefent, waardoor de behoefte aan huisartsen nog groter zal worden, dan nu al het geval is (DE HAAN, 1965).

De conclusie is, dat ongericht *periodiek* preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts, ook met de in dit onderzoek beschreven selectie d.m.v. een schriftelijke anamnese, niet te verwerkelijken is, tenzij de gemiddelde praktijkgrootte drastisch daalt tot ongeveer 1000 à 1500 personen. Dan immers zou hij het aantal onderzoeken per week zodanig kunnen opvoeren, dat alle volwassenen eens in de 2 à 3 jaar onderzocht kunnen worden. Aan een dergelijke kleine praktijk kleven echter weer andere bezwaren als gebrek aan ervaring, terwijl de hiervoor noodzakelijke huisartsenbezetting vooralsnog niet te verwerkelijken lijkt.

Aangezien er in ons land kleine praktijken bestaan (hoewel in de meeste dan geen assistente werkt) en er reële pogingen gedaan worden om tot systematische *incidentele* onderzoeken te komen (kennismakingsonderzoeken), heeft het zin om de andere aspecten van het verrichte onderzoek te bespreken.

Een ander nadeel van prev.g.o. door de huisarts zou kunnen zijn, dat de huisarts geestelijk oververmoeid raakt, waardoor er minder energie over

zou blijven voor het curatieve werk. Het is om dit argument te kunnen beoordelen, dat ik het onderzoek gedaan heb naast mijn gewone dagelijkse werk, en geen extra medische hulp heb genomen noch een langere vacantie dan normaal.

Dat bij mij een geestelijke vermoeidheid is opgetreden, is reeds gebleken bij de bespreking van het tijdgebrek; zij uitte zich in de onmogelijkheid om het onderzoek op deze wijze voort te zetten.

In de curatieve sector zijn geen aantoonbare defecten opgetreden, die het gevolg zouden kunnen zijn van deze vermoeidheid. Wel heb ik in het onderzoekjaar meer dan anders kleine extra-werkzaamheden aan een specialist overgelaten (verwijdering van atheroomcysten, ingegroeide nagels, etc.). Ook het aantal avondgesprekken over psycho-sociale problemen met patiënten die buiten het onderzoek vielen, was dat jaar minder dan in de voorgaande. Ook om de mogelijkheid open te laten voor gesprekken met preventief onderzochte personen over hun psycho-sociale problemen, die zich tijdens dit onderzoek kunnen openbaren, lijkt het mij nuttig om bij toepassing van prev.g.o. door de huisarts dit telkens twee weken te doen afgewisseld met een even lange tussenpauze.

Een ander facet van het frequent ongericht onderzoeken uitte zich in een uitgesproken onlust om in dat jaar keuringen voor verzekeringsmaatschappijen en bedrijven aan te nemen, welk werk voor een aantal huisartsen toch een wezenlijke aanvulling op hun budget kan betekenen.

Over haar beleving van de werkzaamheden schreef de assistente:

'Het onderzoek op zich zelf is erg leuk. Er is veel contact met mensen, hoewel de één natuurlijk meer praat dan de ander.

Onder werktijd was het wel eens lastig, vooral als het druk was met andere dingen. Daarom was het prettig ook wat onderzoeken te doen op een avond of de zaterdagmorgen.

Aan het einde van het jaar zakte mijn enthousiasme een beetje en ik was toch wel blij, dat het afgelopen was. De indruk, die ik van de mensen uit het dorp krijg, is wel gunstig, daardoor stijgt het enthousiasme voor dit onderzoek ook steeds weer'.

Ook mijn vrouw was, hoewel zij onze intensieve samenwerking in het onderzoekjaar zeer positief beleefde, na afloop toch wel blij, dat zij nu weer met de wat opgestapelde huishoudelijke klusjes kon beginnen.

Aangezien het onderzoek slechts éénmaal is geschied, heb ik niet veel gemerkt van een aandrang van de cliënten om het te herhalen. Daar ik een herhaling niet in het vooruitzicht had gesteld, was het ook niet mogelijk om te beoordelen of het wachten op een volgend onderzoek invloed heeft op de tijdigheid van het consulteren bij het optreden van een klacht. Dit zou verwacht kunnen worden bij werkelijk periodiek onderzoek, omdat men dan weet over een bepaalde tijd weer opgeroepen te worden.

Wel bleek bij latere contacten, dat men in het algemeen graag bij een eventuele herhaling weer mee zou doen. Uiteraard geldt dit vooral voor de onderzochte personen. Echter ook enkele niet-onderzochten beleefden de informatie per vragenlijst alleen reeds positief.

Een acute werkvermeerdering ten gevolge van de lichamelijke onderzoeken is niet merkbaar geweest. Dit is voor een deel het gevolg van het feit, dat niet alle personen tegelijk zijn onderzocht, maar iedere maand een jaarklasse. De enige aandoening, die lange tijd in merkbare mate enige extra tijd van mij vergde, was het overgewicht. Toch is wel gebleken, dat persoonlijke regelmatige contrôle door de huisarts meer therapeutisch succes oplevert bij deze aandoening, dan het louter verstrekken van een dieetlijst, waarbij de onderzochte aan zijn lot en de weegschaal wordt overgelaten. De behandeling van anaemieën en erosies vereiste meestal geen langer contact dan twee maanden. Reinigen van een pessarium en contrôle van de bloeddruk om de drie maanden (bij welke laatste aandoening enkelen afvielen wegens normalisering van de bloeddruk) vormen ook nauwelijks een belasting voor het spreekuur.

Bovendien zijn de cliënten bij het door mij verrichte onderzoek voor een deel op grond van hun klachten onderzocht, zodat als waarschijnlijk aangenomen mag worden, dat daardoor een aantal toekomstige consulten is voorkomen.

Dit onderzoeken op grond van klachten maakte ook, dat de eentonigheid, die gevreesd wordt bij ongericht onderzoek van een ongeselecteerde groep personen, ontbrak. Op één na hadden alle onderzochte personen klachten geuit, waardoor bij iedere onderzochte, hoewel hij geheel nagekeken werd, een eigen vraagstelling aanwezig was.

Bovendien waren de onderzoeken boeiend, omdat er, daar psychosociale gegevens schriftelijk vastgelegd waren, een unieke gelegenheid bestond om de klachten meer 'integraal' te benaderen.

Misschien is dit ook de oorzaak geweest, dat er mij geen personen bekend zijn, die als gevolg van de lichamelijke onderzoeken zijn blijven kleven aan het hernieuwde contact ten gevolge van onuitroeibare klachten, die tevoren ten aanzien van medisch contact tot rust waren gekomen. Het laat zich zelfs goed indenken, dat deze klachten minder 'vast' geworden zijn, nu zij (eindelijk) in breder verband benaderd zijn (BRENKMAN, 1963). Daarnaast is het niet uitgesloten, dat het opnieuw (mogen) uiten van deze klachten, nu zelfs op verzoek van de arts, de patiënt-arts relatie verbeterd heeft. Het door een negatieve houding onderdrukken van bepaalde klachten door de arts kan soms tot relatiestoornissen leiden, die vaak vermoeiender zijn dan het tijdelijk ingaan op, volgens hem, onbelangrijke klachten.

Een relatiestoornis ten gevolge van het optreden van ernstige aandoeningen kort na een onderzoek heeft zich niet voorgedaan. In het in hoofdstuk VI, § 1,13 beschreven dramatische geval, waarin zich twee dagen na het lichamelijke onderzoek van een cliënt een ziekte openbaarde, die snel letaal verliep, heeft de familie volledig begrepen en aanvaard, dat de aandoening bij het onderzoek niet gevonden kon worden. Eenmaal trad een relatiestoornis op door gebrek aan vertrouwen in mijn medische kennis, waarbij de oorzaak meer in verkeerde interpretatie van de gebeurtenissen door de onderzochte dan in medisch falen lag. In een dergelijke situatie dient men deze stoornis als risico van een preventief geneeskundig onderzoek te leren aanvaarden. Een grotere kans op een relatiestoornis is m.i. gelegen in de eigen vrees van de onderzoeker voor een toenemen van de medische consumptie na het onderzoek. Na mijn onderzoek heeft zich geen duidelijke toename gemanifesteerd. Eénmaal had de genoemde vrees een blijvende verbreking der relatie tot gevolg.

De resultaten van het lichamelijke onderzoek leidden verschillende malen tot de situatie, dat ik een zich, wat het gebied der gevonden afwijking betrof, gezond voelende onderzochte moest meedelen, dat er een afwijking gevonden of mogelijk was, zodat therapie of nader onderzoek wenselijk was. Het advies een nader onderzoek te laten instellen heeft twee maal tot gevolg gehad, dat een onderzochte een tijdelijke verstoring van zijn gemoedsrust doormaakte. (hoofdstuk VI, § 1,8 en 16). Het grootste deel der onderzochten, bij wie iets gevonden was, dat behandeld moest worden, reageerde echter rustig en was blij met de vroegtijdigheid der vondst.

De aard der gevonden afwijking maakte trouwens geruststelling in het algemeen ook mogelijk. Ook wanneer patiënten geopereerd moesten worden (grote myomen, maagulcus) werd dit zonder tegenstand aanvaard. Zelfs heb ik sterk de indruk, dat deze, gelukkig alle goed geslaagde operaties, in de dorpsgemeenschap bijzonder positief gewerkt hebben op de verdere deelneming aan het onderzoek. Helaas was waarschijnlijk de vrees om zelf ook zo'n aandoening te hebben de prikkel. Maar deze vrees komt niet alleen bij preventief geneeskundig werk voor, doch uit zich ook telkenmale bij het curatieve werk.

Het probleem van het meedelen van de diagnose leverde geen bijzondere moeilijkheden op. De beleidslijn was hier dezelfde als die, welke in het curatieve werk meestal door de huisarts gevolgd wordt: *primum non nocere*, geen zieken maken van gezonden, als dit niet heel zeker nodig is voor de gezondheid van deze aanstaande zieke zelf. Dit houdt in, dat de huisarts het risico moet durven lopen, dat hij door zijn cliënt, wanneer deze in andere medische handen komt, en wel behandeld of op de hoogte



gesteld wordt, terwijl hij dat zelf meende te moeten nalaten, aan critiek bloot gesteld wordt.

De financiële consequenties van het door mij verrichte onderzoek waren gering. Behalve het drukken der formulieren, kostte het onderzoek mij maximaal f. 0,50 per persoon aan postzegels, en f. 2,— per onderzoek aan de assistente, wanneer dit buiten de normale werktijd viel. Daarnaast nog enig laboratoriummateriaal; naar schatting bedroegen de totale kosten ongeveer f. 900,—; dus ongeveer f. 1,50 per deelnemer.

Tenslotte het bezwaar, dat de standaard-uitrusting van de huisarts te kort zou schieten voor een voldoende diepgaand prev.g.o. onderzoek.

In § 1.2 van het vorige hoofdstuk is reeds ter sprake gekomen, dat er enkele aandoeningen niet gevonden zijn, die *misschien* gevonden zouden zijn, wanneer mij een uitgebreidere technische uitrusting ter beschikking had gestaan. Met behulp van een bloedsuikerbelastingscurve of een bloedsuikerbepaling na het nuchter innemen van 50 gram glucose had, voor zover dat na één jaar te beoordelen is, mogelijk bij één cliënte een diabetes mellitus gevonden kunnen worden.

Het systematisch laten maken van maagfoto's bij het bestaan van maagklachten zou mogelijk een ulcus duodeni aan het licht gebracht hebben. Voor de interpretatie hiervan zou echter beoordeling van een deskundige nodig zijn geweest. De vraag rijst, hoeveel dubieuze bevindingen dan echter gevonden zouden zijn, welke meermalen voor de cliënt veel ongerustheid meebrengen. Deze twee bezwaren gelden waarschijnlijk ook voor het systematisch maken van een electrocardiogram. In toto meen ik te mogen concluderen, dat het lichamelijke onderzoek van 332 personen geen aanknopingspunten heeft opgeleverd voor de veronderstelling, dat de uitrusting van de huisarts te gering is voor het verantwoord verrichten van een preventief geneeskundig onderzoek.

De ervaring met de toegepaste methode van ongericht prev.g.o. heeft een bevestiging opgeleverd van alle in hoofdstuk II, § 1 genoemde theoretische voordelen. Vooral bleek, dat door middel van het ingevulde formulier bij het lichamelijke onderzoek een brede benadering van de klacht mogelijk werd. Dit leidde dikwijls tot een gesprek over de psycho-sociale problematiek van de deelnemer.

De grootste waarde van een schriftelijke anamnese, gevolgd door een lichamenlijk onderzoek, was voor mij dan ook gelegen in de mogelijkheden, die deze combinatie schept om de klachten of aandoeningen van de cliënten op een bredere basis te benaderen, dan dit bij een doorsnee curatief contact het geval pleegt te zijn.

De toekomstige huisarts leert als student zoveel mogelijk causaal te behandelen. Voor methodisch onderricht hierin krijgt hij te maken met objectief aantoonbare (en dus in het leerproces hanteerbare) aandoeningen, scherp omschreven toestanden van dikwijls vaag omschreven mensen. Als huisarts hoort hij klachten van zeer bepaalde mensen dikwijls zonder objectief aantoonbare aandoeningen. Nolens volens gaat hij na kortere of langere tijd inzien, dat vele klachten, al dan niet op basis van een locus minoris resistentiae of majoris reactionis, voortspruiten uit het totale mens-zijn van zijn patiënten (BUMA, 1953).

De schriftelijke anamnese, neutraal vragen stellend op alle gebieden van het mens-zijn, die aanleiding kunnen geven tot een verstoring van het lichamelijke of geestelijke welbevinden, geeft hem een unieke gelegenheid om zijn diagnostiek scherper in te stellen op de klagende mens zelf en daardoor toch causaal te behandelen, wanneer het lichaam van deze mens hem daar geen gelegenheid toe biedt.

Het was voor mij een verrassing, dat de deelnemers aan mijn onderzoek zo positief reageerden op deze brede benadering, door relatief vaak klachten te uiten op een gebied, waarvan ik tijdens curatieve ontmoetingen dikwijls de indruk heb, dat het als niet-toegankelijk beschouwd wordt. De noodzakelijkheid van deze brede benadering werd bij het lichamelijke onderzoek bevestigd door het frequente voorkomen van deze niet-lichamelijke afwijkingen.

Ook bij het lichamelijke onderzoek zelf viel het mij op, hoeveel meer men open stond voor een bespreking van emotionele stoornissen dan tijdens een curatieve ontmoeting en hoe men zelf veel meer geneigd was sommige lichamelijke klachten als voortvloeiend uit een emotionele stoornis te beschouwen.

Voor een deel kan dit verklaard worden uit het ontbreken van een pre-medische fase (WEYEL, 1961). Nog steeds is het, althans in mijn praktijk en waarschijnlijk ook landelijk, zo dat de meeste cliënten hun rechtvaardiging voor een medisch consult vinden in een lichamelijke klacht. Ook voor psycho-sociale aandoeningen gaat men dikwijls pas naar de arts, wanneer deze in de lichamelijke sfeer tot uiting komen ('georganiseerd' zijn). Daardoor moet de arts, wil hij althans causaal behandelen bij deze klachten, tegen de denkrichting van de patiënt in, 'de klok terugdraaien'. Omdat een psycho-sociale stoornis, een 'geestelijke zwakheid', maatschappelijk minder aanvaardbaar is dan een lichamelijke stoornis, ontmoet hij daarbij dikwijls veel weerstand en vaak doet hij er in die situatie ook beter aan om zijn causale therapie te vervangen door een symptomatische. Bij een preventief onderzoek heeft deze verankering van psycho-sociale noden in lichamelijke klachten nog niet of nog niet in die mate plaats gevonden.

MERTENS (1951) stelt, dat de arts 'daar moet beginnen, waar de patiënt is'. Ik zou daaraan toe willen voegen, dat de arts door een preventief onderzoek kan trachten te voorkomen, dat de cliënt daar komt, waar hij als patiënt zo vaak is.

Een selectie op basis van de anamnese kan alleen maar toegepast worden door de huisarts van de deelnemer, omdat deze reeds over enige medische kennis van deze deelnemer beschikt.

Deze selectie in wel en niet lichamelijk te onderzoeken personen is het kwetsbaarste punt bij de door mij gevolgde methode. Wanneer er zich bij een niet-onderzochte deelnemer na korte tijd een ernstige aandoening manifesteert, zou dit een moeilijke verhouding met de patiënt of zijn familie kunnen geven. Deze kunnen zich dan immers afvragen of de

aandoening niet voorkómen of eerder behandeld had kunnen worden, wanneer hij wel onderzocht zou zijn. Dit klemmt te meer, daar hij dan waarschijnlijk toch niet meer precies weet welke klachten hij zelf vermeld heeft. Daarom was het zo belangrijk, dat de deelnemer zelf mede een stem had bij de beslissing omtrent een nader lichamelijk onderzoek (vraag 340). Maar ook wanneer deze reacties zich niet van de zijde van de patiënt of zijn familie voordoen, kan het voor de arts zelf, zoals mij uit ervaring gebleken is (hoofdstuk VII, § 1,1), moeilijk zijn om deze gebeurlijkheden te verwerken, ook al weet hij, dat zij inhaerent zijn aan de toegepaste methode.

## § 2. DE INVLOED VAN PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK EN HET GEBRUIK VAN EEN ANAMNESEFORMULIER OP DE PRACTIJKVOERING VAN DE HUISARTS

Voor een waardebepaling van preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts met behulp van een schriftelijke anamnese lijkt het nuttig om na te gaan in hoeverre het een verbetering teweeg kan brengen van de praktijkvoering van de huisarts.

Ik wil dit doen aan de hand van de door het Nederlands Huisartsen Genootschap opgestelde deeltaken van de huisarts (1959).

Deze taken zijn:

1. *Primaire hulp, ook voor psychische traumata.* Deze taak omvat voornamelijk acuut optredende stoornissen, zodat dit aspect voor preventief geneeskundig onderzoek – tenzij toevallig – niet relevant is.

2. *Somatisch onderzoek.* Het is duidelijk, dat een algemeen (ongericht) preventief lichamelijk onderzoek een waardevolle aanvulling betekent van de vaak gerichte onderzoeken bij curatieve ontmoetingen. Uit mijn onderzoek bleek, dat bij zowel mannen als vrouwen ruim 15% mij tevoren onbekende, behandelbare aandoeningen niet gevonden zouden zijn, indien het onderzoek uitsluitend gericht geweest was op de – toch al uitgebreide – anamnese.

3. *Onderzoek naar psycho-sociale factoren.* Dit wordt door de combinatie van een schriftelijke anamnese en het lichamelijke onderzoek, en mogelijk door het gevoel van de cliënt, dat er nu eens een uur helemaal voor hem alleen uitgetrokken is, veel meer mogelijk gemaakt. Het bleek tijdens mijn onderzoek, dat de cliënten veel meer openstonden voor benadering in deze sfeer dan in het algemeen bij curatieve contacten het geval was.

4. *Registratie en beheer van alle medische gegevens.* De schriftelijke anamnese vult dikwijls hiaten op in de tijdens curatieve contacten verkregen gegevens over de historia morbi, ziekten van bloedverwanten en

de psychische en sociale omstandigheden. Daarnaast is het nuttig om een momentopname te krijgen van het klachtenbeeld van de cliënt. Voortvloeiend uit de opleiding van de huisarts, vermeldt deze in zijn administratie dikwijls meer de objectieve gevonden aandoeningen dan de daarbij behorende subjectieve klachten, met alle gevaar, dat beide bij toekomstige contacten een verschillende 'taal' gaan spreken.

5. *Differentiatie van de patiënten in twee categorieën* namelijk in een categorie, waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een categorie, die een afzonderlijke behandeling vereist door het gecompliceerde van haar bijzondere problematiek. Vooral de schriftelijke anamnese, maar ook wel het lichamelijke onderzoek, geven meer inzicht in het totaalbeeld van de patiënt, waardoor enkele patiënten van de eerste categorie verhuizen naar de tweede. Schijnbaar levert dit een extra-belasting voor de praktijkvoering op: in werkelijkheid voert de nieuwe meerdimensionele benadering van recidiverende of telkens wisselende 'eenvoudige gevallen' dikwijls tot een meer bevredigende en meer afdoende therapie. Wat niet weet, deert hier wel!

6. *Behandelen van wat door hem behandelbaar is.* Ook hier komt de meer uitgebreide kennis van de cliënt de behandelbaarheid meermalen ten goede.

7. *Ad hoc en tijdelijk delegeren* naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan.

8. In overleg met behandelende en adviserende medische specialisten en andere deskundigen opstellen van een *nazorgplan* en zorg voor de uitvoering daarvan.

9. *Integratie en coördinatie* van de zorg voor zieke, invalide en onaanpaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband.

Deze drie aspecten worden gunstig beïnvloed door de schriftelijke anamnese en het preventieve geneeskundige onderzoek; de huisarts kan de genoemde deskundigen een vollediger beeld van de betrokkene geven, wanneer hij de verantwoordelijkheid van de medische verzorging met hen gaat delen.

10. Bijdragen tot *preventie*

11. Bijdragen tot *gezondheidsvoorlichting en -opvoeding*. Beide punten vormen een essentieel onderdeel van een preventief geneeskundig onderzoek en behoeven dus geen nadere omschrijving. Zij completeren als zodanig het curatieve werk.

12. *Blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.* Een preventief geneeskundig onderzoek en een brede anamnese geven beide de huisarts een goede controle op zijn curatieve werk en maken hem dikwijls tot dusverre onbekende 'blinde vlekken' bij de behandeling meer bewust.

'Het venijn zit in de staart', in dit geval in het woordje 'grenzen', sub 12. De grenzen worden zowel kwalitatief als kwantitatief bepaald. Kwalitatief dreigt het gevaar, dat, door de voelbare vertrouwenssfeer tijdens een – langdurig en geheel aan de cliënt gewijde – preventieve ontmoeting, de huisarts zich in zijn mogelijkheden gaat overschatten. Met name in de psycho-sociale sfeer wordt hij soms met problemen geconfronteerd, die zijn capaciteiten te boven gaan. Tevens is het daarbij, juist door die ontstane vertrouwenssfeer, moeilijk om de cliënt met het probleem naar een andere arts te verwijzen. Iedere huisarts, die de gelegenheid schept, dat deze problemen ter sprake komen, dient zijn grenzen goed te kennen, opdat hij zich niet als een 'tvenaarsleerling' gaat gedragen (VELDHUYZEN VAN ZANTEN, 1959). Enige beheersing van een niet-directieve gesprekstherapie (ROGERS, 1951) dient hij in ieder geval te hebben, terwijl het daarnaast wenselijk is, dat hij steun krijgt van een psychiater en collegae huisartsen in een werkgroep voor medische psychologie.

Naast een kwalitatieve taak heeft de huisarts met een ziekenfondspraktijk – en dat zijn de meesten – een kwantitatieve opdracht: hij dient ten allen tijde alle ingeschrevenen hulp te bieden, indien dit van hem gevraagd wordt. De gemiddelde huisarts verkeert voortdurend in tijdnood (VAN DER WIELEN, 1960). Daar de kwantitatieve (horizontale) opdracht absoluut is, is hij dikwijls gedwongen bij zijn kwalitatieve (verticale) taak water in de wijn te doen.

Het is de taak van de gehele geneeskundige gemeenschap, inclusief de huisarts, 'to add years to life'; het is daarnaast de taak, vooral van de huisarts, 'to add life to years.' Dit vereist echter juist een uitbreiding van zijn 'verticale' werkzaamheden. Daarvoor is in de eerste plaats een inkrimping van zijn 'horizontale' opdracht noodzakelijk, m.a.w. voor een verbetering van de praktijkvoering is een daling van de gemiddelde praktijkgrootte een eerste voorwaarde.

## HOOFDSTUK IX

### SAMENVATTING

In 1960 werd door de voorzitter van de Gezondheidsraad een rapport over periodiek geneeskundig onderzoek aangeboden aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Evenals in het kort daarvoor verschenen rapport van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst over hetzelfde onderwerp, werd daarin de huisarts de meest aangewezen persoon voor het verrichten van dergelijke onderzoeken geacht.

Op grond hiervan heeft de minister aan de Gezondheidsorganisatie T.N.O. verzocht een onderzoek in te stellen naar de uitvoerbaarheid van preventief, c.q. periodiek, geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk. Dit verzoek leidde tot twee vormen van preventief onderzoek: in de plaatsen Stolwijk en Schoonhoven werd in 1962 een gericht onderzoek gedaan (een onderzoek waarbij met bepaalde tests bepaalde afwijkingen opgespoord worden), terwijl daarnaast in hetzelfde jaar door twaalf huisartsen, waartoe ook ik behoorde, een onderzoek werd ingesteld naar de uitvoerbaarheid van een algemeen (ongericht) preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts.

De resultaten van dit laatste onderzoek leidden o.m. tot de volgende conclusies:

1. Toepassing op grote schaal van ongericht preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts is door de gemiddelde praktijkgrootte en het daaruit voortvloeiende tijdgebrek niet mogelijk: slechts 1 arts bleek in staat om gedurende 40 weken gemiddeld 1 persoon per week te onderzoeken.

2. Het onderzoek werd door de onderzochten zeer gewaardeerd en had dikwijls een verbetering van de arts-patiënt relatie tot gevolg.

3. Bij 63,4% der gevonden afwijkingen was de anamnese (schriftelijk en aanvullend mondeling) bij de vondst betrokken, terwijl dit voor het lichamelijke onderzoek in 49,4% en voor het laboratoriumonderzoek in 4,5% het geval was.

4. Bij ruim drie-vierde van alle onderzochte personen was de huisarts van oordeel, dat het onderzoek zinvol was geweest.

Deze conclusies vormden de basis voor het door mij verrichte onderzoek: aangezien het niet mogelijk blijkt een algemeen preventief geneeskundig onderzoek te doen op grote schaal, dient een selectie van de te onderzoeken personen toegepast te worden. Daar de anamnese relatief vaak betrokken was bij het vinden van afwijkingen, komt zij theoretisch het meest in aanmerking om als richtsnoer voor deze selectie te dienen. Een schriftelijke anamnese kost de huisarts weinig tijd en biedt tevens de mogelijkheid om de deelnemer zelf een aandeel te laten hebben bij de beoordeling van de wenselijkheid van een lichamelijk onderzoek. Daarnaast kan verwacht worden, dat de schriftelijke anamnese een aantal hiaten in de kennis van de historia morbi van de deelnemers zal kunnen opvullen en daardoor van waarde zal zijn, ook indien de deelnemer niet lichamelijk onderzocht wordt.

Aan de hand van reeds bestaande formulieren werd een uitgebreid anamneseformulier samengesteld (bijlage I). Dit werd in de loop van een jaar verstuurd aan alle cliënten in mijn praktijk van 40 tot 55 jaar (657 personen). Het werd door 597 personen (90,7%) ingevuld teruggestuurd. Op grond van de aldus verkregen gegevens en de medische kennis, die ik reeds van de deelnemers aan het onderzoek had, bleek het wenselijk om 332 personen (55,6%) voor een nader lichamelijk onderzoek uit te nodigen. Deze onderzoeken vonden in de loop van één jaar plaats, terwijl de praktijkvoering normaal doorging.

Ofschoon reeds vele theoretische beschouwingen aan het voor en tegen van een algemeen preventief geneeskundig onderzoek bij volwassenen als onderdeel van de gezondheidszorg van de huisarts gewijd zijn, ontbraken er tot voor kort publicaties van enige uitgebreidheid over opgedane ervaringen.

Zo ontstonden de drie vraagstellingen van mijn onderzoek: wat zijn de praktische aspecten van een algemeen preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts als onderdeel van zijn normale praktijkvoering; welke invloed hebben een algemeen lichamelijk onderzoek en een schriftelijke anamnese op die praktijkvoering, welke ervaring levert het selecteren voor een algemeen preventief onderzoek d.m.v. een schriftelijke anamnese?

#### A. DE SCHRIFTELIJKE ANAMNESE ALS INFORMATIEBRON

Het anamneseformulier werd door 285 mannen (87,7% van de 324 aangeschreven mannen) en 312 vrouwen (93,7% van de 333 aangeschreven vrouwen) beantwoord. Deze respondenten worden deelnemers genoemd. Het deelnemingspercentage is waarschijnlijk positief beïnvloed door het

feit, dat de praktijkassistente de aangeschrevenen, die na vier weken nog niets van zich hadden laten horen, bezocht om het formulier weer mee terug te nemen. De jongere aangeschrevenen beantwoordden het formulier relatief vaker dan de oudere. Tussen verzekerden en particulieren bestond geen verschil in deelneming.

De deelnemers werden ingedeeld in drie categorieën van medische contacten: de chronische patiënten, de frequent consulterenden en de overigen, verder zelden consulterenden genoemd. Tot de laatste categorie behoorden 71,9% der mannen en 65,3% der vrouwen.

Naar de beroepsuitoefening werden zij ingedeeld in acht categorieën, waarbij vooral gelet werd op de werksituatie. De helft der mannelijke deelnemers werkt in een 'gesloten bedrijf' (weinig variatie ten aanzien van werkzaamheden, plaats en medewerkers). De overgrote meerderheid der deelnemende vrouwen is huisvrouw, van wie 20% een nevenfunctie heeft.

Van alle deelnemers is 89,6% gehuwd. Van 23,9% der gehuwden viel de huwelijkspartner echter buiten de te onderzoeken leeftijdscategorie. Dit lijkt een aanbeveling om in de toekomst een preventief geneeskundig onderzoek door de 'gezinsarts' te baseren op het echtpaar, waarbij de leeftijd van de man kan dienen als jaargang.

De vraag naar steun door de geloofsovertuiging in levensmoeilijkheden werd door de gereformeerden vaker positief beantwoord dan door de rooms-katholieken, en door dezen weer vaker dan door de nederlands-hervormden. Tussen mannen en vrouwen was in dit opzicht per kerkgenootschap geen verschil.

De vragen naar vroegere ziekten brachten veel mij te voren onbekende gegevens aan het licht. Een aantal ziekten werd door mannen vaker vermeld dan door vrouwen en omgekeerd.

Volgens de formuliergegevens waren 12,3% der mannen en 16,5% der vrouwen van oordeel, dat zij een moeilijke jeugd hadden gehad.

Van alle deelnemers was 95,2% ingeënt tegen pokken; tegen tetanus was dit 8%.

Het bezit van een bril stijgt, evenals van een volledig kunstgebit, met de leeftijd.

Het dagelijks roken van sigaretten komt bij beide geslachten het meest voor in de laagste van de drie leeftijdsklassen, evenals het verlangen hiermee op te houden.

Van de mannen vermeldde 48,3% en van de vrouwen 38,9%, dat zij langer dan een jaar niet onder behandeling of contrôle van mij of een specialist waren geweest. Deze percentages lagen voor mannen drie maal en voor vrouwen twee maal zo hoog als de percentages der deelnemers, die ten tijde van het invullen van het formulier onder behandeling of contrôle waren. Deze getallen liepen voor verzekerden en particulieren



niet uiteen. Evenmin was een verschil per geslacht tussen de drie leeftijds-klassen aantoonbaar.

Terwijl 76,1% der mannen in de laatste twaalf maanden een rönt-genologisch thorax-onderzoek ondergaan had, was dit bij vrouwen in 45,0% het geval.

Bij de deelnemende vrouwen menstrueerde de meerderheid pas na het 50<sup>e</sup> jaar niet meer.

De vrouwen hadden gemiddeld per persoon 13,2 klachten, de mannen 8,1. Voor de klachten op lichamelijk gebied was dit verschil in geslacht in alle drie de leeftijdsklassen duidelijk, voor die op psycho-sociaal gebied alleen niet in de laagste leeftijdsklasse. Op lichamelijk gebied had de laagste leeftijdsklasse bij beide geslachten minder klachten dan de twee hogere leeftijdsklassen. T.a.v. de klachten op psycho-sociaal gebied was geen verschil naar leeftijdsklasse aantoonbaar. Particuliere mannen hadden minder lichamelijke klachten dan verzekerde mannen; op psycho-sociaal gebied was er geen duidelijk verschil tussen beide categorieën. Bij vrouwen bestond noch op lichamelijk noch op psycho-sociaal gebied tussen deze twee categorieën enig verschil.

Van de mannen had 5,6% en van de vrouwen 2,8% in het geheel geen klachten. Op lichamelijk gebied hadden 9,8% der mannen en 4,5% der vrouwen geen klachten, terwijl 35,8% der mannen en 24,0% der vrouwen geen klachten op psycho-sociaal gebied hadden.

Zowel bij mannen als bij vrouwen hadden zij, die weinig lichamelijke klachten hadden, ook weinig psycho-sociale klachten.

De 36 deelnemers (6,0%), waarvan 8 mannen en 28 vrouwen, die 30 of meer klachten hadden, leden op één na allen aan een emotionele stoornis. De hoogste score is behaald door een man met 58 klachten.

Bij beide geslachten hadden de frequent consulterende personen gemiddeld per persoon meer klachten dan de overige deelnemers. Dit bleek ook het geval bij de personen, van wie mij bekend was, dat zij onder een psychische spanning leefden, evenals bij hen, die opgegeven hadden een moeilijke jeugd gehad te hebben.

Bij beide geslachten bleek de klacht prikkelbaarheid het meest voor te komen: bij vrouwen in 34,9%, bij mannen in 27,7%. Eveneens vermeldten zowel mannen als vrouwen dikwijls het ontbreken van meer dan de helft der gebitselementen; een klacht die door mij alleen genoteerd was wanneer men niet tegelijkertijd vermeld had een geheel of gedeeltelijk kunstgebit te bezitten. Verder kwamen bij vrouwen in meer dan 25% op lichamelijk gebied nog voor de klachten: vermoeide voeten, hoofdpijn, stressincontinentie en fluor albus, terwijl op psycho-sociaal gebied bij vrouwen in deze mate voorkwamen de klachten: uitputting, naniekeren,

onzekerheid, lusteloosheid of spoedige vermoeidheid en ochtendmoeheid. Mannen uitten, behalve de twee reeds genoemde, alle overige klachten in minder dan 20%.

Geen der mannen klaagde over een schildkliervergroting, terwijl geen der vrouwen klachten had over een loopoor.

Door 33,7% der mannen en 38,7% der vrouwen werd de wens te kennen gegeven om nader lichamelijk onderzocht te worden. Deze percentages zijn waarschijnlijk negatief beïnvloed door de toevoeging 'voor onbehandelde klachten' aan de betreffende vraag. Het percentage, dat deze wens uitte was bij de ziekenfondsverzekerden – zowel bij de mannen als bij de vrouwen – hoger dan bij de particulieren. Door 19,1% der deelnemers werd deze vraag niet beantwoord. De onderzochten onder hen gaven allen als verklaring, dat zij de beslissing aan mij hadden willen overlaten. Van alle deelnemers beantwoordde 44,9% de betreffende vraag ontkenkend. In deze categorie bevindt zich waarschijnlijk een aantal deelnemers, dat niet ingegaan zou zijn op een directe uitnodiging voor een lichamelijk onderzoek zonder voorafgaand anamneseformulier, zodat ik van hen dan in het geheel geen gegevens zou hebben verworven.

#### B. HET PREVENTIEVE GENEESKUNDIGE ONDERZOEK

Van de deelnemende mannen werden er 135 (47,4%) lichamelijk onderzocht, van de vrouwen 197 (63,1%). De onderzochte mannen hadden samen 70% van alle door de deelnemende mannen geuite klachten, de onderzochte vrouwen waren de draagsters van 80% van alle klachten der deelnemende vrouwen.

Op 3 mannen na hebben alle personen, die voor een lichamelijk onderzoek uitgenodigd werden, hieraan gevolg gegeven.

Bij de onderzochte mannen werden gemiddeld per persoon 2,8, bij de vrouwen 3,4 afwijkingen gevonden. Het verschil werd vooral veroorzaakt door de bij vrouwen in groter getale voorkomende emotionele stoornissen, gewichtsafwijkingen, afwijkingen van het urogenitaalstelsel en waarden van de bezinkingssnelheid boven 15 mm na één uur.

De meest voorkomende afwijkingen waren gewichtsafwijkingen (bij mannen in 24,4%, bij vrouwen in 48,2%) en emotionele stoornissen (bij mannen in 28,1%, bij vrouwen in 42,1%). Vooral bij vrouwen waren de gegevens van het anamneseformulier dikwijls de aanleiding tot het ter sprake komen van een emotionele stoornis. Daarnaast kwam bij 31,5% der vrouwen een verhoogde bezinkingssnelheid voor. Deze laatste afwijking (voor zover deze bevinding deze naam verdient) kwam vooral in de hoogste leeftijdsklasse bij vrouwen relatief vaak voor.

Van de geconstateerde afwijkingen was mij bij de mannen 73,7%, bij de vrouwen 67,8% tevoren onbekend.

Bij beide geslachten was het percentage afwijkingen, dat behandeld is, bijna de helft van het totale aantal geconstateerde afwijkingen.

Het percentage personen, dat een nieuwe behandeling onderging voor lichamelijke afwijkingen, bedroeg bij de onderzochte mannen 45,5 en bij de onderzochte vrouwen 62,4. Hierin is ook behandeling door een specialist begrepen. Hervatting van een oude therapie kwam daarentegen bij mannen (9,6%) vaker voor dan bij vrouwen (6,1%). Met vrouwen werd vaker een gesprek gevoerd over een emotionele stoornis (20,3%) dan met mannen (5,9%). Daarnaast werd bij beide geslachten aan bijna de helft der onderzochten een – niet primair therapeutisch – advies gegeven.

Bij zowel mannen als vrouwen werd in ongeveer 25% een specialistisch onderzoek of een onderzoek c.q. behandeling door een specialist ingesteld.

Bij 7 personen (allen vrouwen) heeft het lichamelijke onderzoek zin gehad vanuit een oogpunt van vroege diagnostiek. Het criterium hiervoor was mijn indruk, direct na afloop van het lichamelijke onderzoek, dat uitstel van een half jaar blijvende schade aan de onderzochte berokkend zou hebben.

Het lichamelijke onderzoek heeft met 62 onderzochte personen (18,7%) een duidelijke relatieverbetering teweeg gebracht. Ten gevolge van het onderzoek zijn 2 vrouwen met hun gezin van huisarts veranderd.

Kort na zijn lichamelijke onderzoek, waarbij geen ernstige afwijkingen gevonden werden, is één man overleden aan een tumor cerebri. Aan de hand van een na-onderzoek tot een jaar na het einde van het onderzoekjaar kon vastgesteld worden, dat er naar alle waarschijnlijkheid geen ernstige aandoeningen over het hoofd zijn gezien.

Op grond van de opgedane ervaringen lijkt het mogelijk om in een grote, redelijk goed georganiseerde praktijk, zonder veel 'franje-werkzaamheden,' per jaar 100 algemene preventieve onderzoeken te verrichten.

Gezien de aard der meest frequent voorkomende afwijkingen is het niet waarschijnlijk, dat het nuttig effect van ongerichte onderzoeken door de huisarts, bij personen van 40 tot 55 jaar, bij de ouderen groter is dan bij de jongeren. Er zijn argumenten om te veronderstellen, dat wanneer psycho-sociale aspecten in het onderzoek betrokken worden, nog jongere volwassenen en hun kinderen zelfs meer profijt van deze onderzoeken kunnen trekken.

Met behulp van een schriftelijke anamnese was het in mijn praktijk mogelijk het aantal te benaderen personen met bijna twee te vermenigvuldigen. De vermenigvuldigingsfactor is sterk afhankelijk van de quali-

teit en de quantiteit van voorafgaande medische contacten en de zorgvuldigheid van de medische administratie.

Een nadeel van intensief continu preventief geneeskundig onderzoek door de huisarts is de neiging om de curatieve ontmoetingen kwalitatief tot een aanvaardbaar minimum te beperken. Om die reden is het verstandig perioden van preventief onderzoek af te wisselen met perioden, waarin de arts zich uitsluitend met zijn – primair – curatieve taak bezig houdt.

Daar het preventieve onderzoek slechts éénmaal is geschied, kan ik geen oordeel vellen over het gehecht raken van de cliënten aan deze benadering, noch over een eventuele neiging om bij het optreden van nieuwe klachten te wachten op een volgend preventief onderzoek.

Door de spreiding van de lichamelijke onderzoeken over een jaar was een werkvermeerdering in de curatieve sector ten gevolge van te behandelen afwijkingen nauwelijks merkbaar. Daar het lichamelijke onderzoek voor een deel gericht was op reeds bestaande klachten, is een aantal toekomstige curatieve contacten mogelijk voorkomen. Bij vrouwen is in ieder geval de 'medische consumptie' niet toegenomen.

#### C. DE WAARDE VAN DE SCHRIFTELIJKE ANAMNESE ALS LEIDRAAD VOOR PREVENTIEF GENEESKUNDIG ONDERZOEK DOOR DE HUISARTS

De bij het lichamelijke onderzoek gevonden afwijkingen werden bij beide geslachten in ongeveer 60% vergezeld van 'duidende' klachten op het formulier. Tussen de drie leeftijdsklassen was geen verschil aantoonbaar in de frequentie van duidende klachten.

Van de frequent geconstateerde afwijkingen werden vooral de emotionele stoornissen in een hoog percentage aangeduid.

Bij de mannen zou 17,8% en bij de vrouwen 15,4% der onbekende, behandelbare afwijkingen niet gevonden zijn – tenzij toevallig – wanneer het lichamelijke onderzoek uitsluitend gericht geweest zou zijn op de in het anamneseformulier vermelde klachten.

Van de personen, die op grond van hun formuliergegevens niet lichamelijk onderzocht zijn, is één man binnen een jaar overleden aan een maagcarcinoom. Het is niet uitgesloten, dat er aanwijzingen voor deze ziekte gevonden hadden kunnen worden, wanneer hij wel onderzocht was. Dit gebeuren bleek voor mij emotioneel moeilijk te verwerken.

Bij de overige niet onderzochte personen hebben zich gedurende één à twee jaar, nadat zij hun formulier ingevuld hadden, geen ernstige afwijkingen gemanifesteerd, die bij een eventueel lichamelijk onderzoek misschien of waarschijnlijk gevonden zouden zijn.

#### D. DE INVLOED VAN HET TOEGEPASTE ONDERZOEK OP DE PRACTIJKVOERING VAN DE HUISARTS

Bij een beschouwing over de invloed van preventief geneeskundig onderzoek op de praktijkvoering van de huisarts kwam tot uiting, dat een dergelijk onderzoek een duidelijke verbetering teweeg kan brengen bij de uitvoering van de verschillende 'deeltaken' van de huisarts, zoals deze opgesteld zijn door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

De schriftelijke anamnese verschaft hem een vollediger beeld van het medisch verleden van zijn cliënt en geeft door haar ongerichtheid een dikwijls bredere basis voor zijn therapeutisch handelen dan een mondelinge anamnese dit pleegt te doen. Dit aspect komt vooral tot uiting bij aandoeningen, waarbij psycho-sociale factoren (mede) een rol spelen.

Voor een betere vervulling van zijn kwalitatieve opdracht zal echter een inkrimping van zijn kwantitatieve opdracht nodig zijn.

## SUMMARY

### PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATION IN GENERAL PRACTICE BASED UPON A MAILED QUESTIONNAIRE

In 1960 the president of the Health Council in the Netherlands presented the Minister of Health a report on periodical medical examination. In this report the general practitioner was suggested to be the right man to carry out such examinations.

This report resulted in a request from the Minister to the Organisation for Health T.N.O. to investigate the possibility of a preventive c.q. periodical medical examination by general practitioners in their own practice. As a sequence of this request two forms of preventive examination were performed: in 1962 in two towns a screening was arranged (a *partial* examination whereby certain affections have to be traced by certain tests); the other form was an investigation in the same year by twelve general practitioners, of whom I was one, to inquire into the possibility of carrying out a *general* preventive medical examination in family-practice.

The last investigation brought out the following conclusions:

1. Because of pressure of work it was found to be impossible for a general practitioner to carry out a general preventive medical examination on a large scale: one general practitioner only was able to examine an average of one person a week over 40 weeks.
2. The examination was highly appreciated by the client and often improved the relationship between general practitioner and his client.
3. In cases of aberrations the anamnese (written and supplementary oral) was in 63.4% involved in the discovery; the corresponding percentages were 49.4% for physical examination and 4.5% for laboratory examination.
4. The general practitioners were convinced the examinations had been worthwhile for more than three quarters of the examined patients.

These conclusions were the basis for my personal investigation: because it is impossible to organize a general preventive medical examination on a large scale, people have to be selected. As the anamnese in comparison

often brought to light the deviations, it seems to be the course to pursue it as a screening test to differentiate between people who have or have not to be physically examined. A written anamnese does not claim much of the general practitioner's time and provides the possibility of involving the participant in the decision upon the desirability of a physical examination. Even without a succeeding physical examination it may be expected that the written anamnese will lead to a better knowledge of the *historia morbi* and the actual physical and mental healthfeeling of the participant.

On the basis of previously employed questionnaires a comprehensive anamneseform was compiled. During the course of a year it was sent to all (657) persons in my practice from 40 to 55 years of age (three age classes of 5 year). It was duly completed by 597 persons (90.7%). The facts which I gathered in this way, compared with the knowledge I already had of these persons, made it necessary to ask 335 of them (55.6%) to undergo a physical examination. These examinations were carried out during the same year, whilst I continued my normal work in my practice. This practice, in which I am working since 1953, is a rural one and covers the two villages Rheden and De Steeg, on the border of the river IJssel. It consists of approximately 3700 clients.

Several theoretical views have been published in our country on the pro's and con's of a general preventive medical examination for adults as part of the sanative measures of a general practitioner, but comprehensive publications based on experience still lacked.

So emerged three questions for my investigation: what are the practical aspects of a general preventive examination by a physician as a part of his routinework; which influence have this examination and a mailed questionnaire on the quality of his work; which experiences gives the selection for a preventive examination by means of this questionnaire?

#### *A. The written anamnese as a source of information*

The anamneseform was completed by 285 men (87.7% of the 324 who were approached) and by 312 women (93.7% of the 333 who were approached). These respondents are called participants. The fact that after 4 weeks the doctor's assistant called upon all those who had been approached and had not sent back their form, has probably increased the percentage of participants. Compared with the older participants the younger ones completed their questionnaires more often. There was no difference between 'panel-clients' and those who were private clients.

The participants were grouped in three categories of medical contacts: the chronic patients, those who consulted frequently and the others who

came sporadically. 71.9% of the men and 65.3% of the women belonged to the last category.

According to their profession they were arranged in eight categories. Half of the male participants are working in a 'closed business' (little variation with regard to their work, workshop and fellow-workers). The majority of the participating women are housewives, of whom 29% also have a part-time job.

89.6% of all participants are married, but in 23.9% the partner was above or below the age limit of my investigation. In future it seems therefore advisable to base such an examination by the family-doctor on the married couple and on the age of the man.

The question whether a religious persuasion was of help in times of difficulties was answered more positively by the members of Reformed Church than by Roman Catholics and more often by the latter than by the Dutch Reformed. There was no difference between men and women in this respect.

Many facts – previously unknown to me – were brought to light by the questions regarding former illnesses. Some illnesses were statistically more often mentioned by men than by women, and conversely. 12.3% of the men and 16.5% of the women were of the opinion that their youth had been difficult. 95.2% of all participants had been vaccinated for smallpox, 8% for tetanus. The use of glasses increases with age; the same applies to a complete denture.

Of both sexes the participants of the lowest of the three ageclasses smoke most cigarettes daily, and the same category has the strongest desire to stop smoking.

48.3% of the men and 38.9% of the women stated to have been neither under my care nor under the care of a specialist for more than a year. These percentages were for men three times and for women twice as high as the percentages of the participants who were under treatment or control at the time the questionnaires were filled in. There was in this respect no difference between panel- and private clients, as similarly there was none between the sexes in the three classes of age.

Whereas 76.1% of the men had undergone a thorax X-ray examination in the last year this percentage was 45% for the women. Menstruation had only ceased above 49 years of age for the majority of the participating women.

On an average the women had 13.2 complaints per person and the men 8.1. This difference between the sexes was apparent as regards physical complaints in all age-classes but not as regards complaints in the psycho-social field in the lowest age-class. Physical complaints were less frequent in the lowest age-class of both sexes than in the two higher classes. As to



complaints in the psycho-social field, no difference could be found in regard to age. Male panel-clients had more physical complaints than male private clients but this difference did not appear in the psycho-social region. For women no difference was stated in both fields.

The percentage of the men who had no complaints at all was 5.6, whilst this was 2.8 for the women. 9.8% of the men had no physical complaints whereas this percentage for the women was 4.5; in the psycho-social field no complaints were registered for 35.8% of the men and for 24% of the women.

As well for men as for women it was clear that those who had relatively few physical complaints, had also few complaints in the psycho-social region. 36 participants (6%) who had 30 and more complaints were all, with one exception, emotionally disturbed. The highest score was achieved by a man with 58 complaints.

Those of both sexes who consulted me frequently had on an average more complaints than the other participants. The same was the case with persons of whom I knew that they lived under emotional pressure and with those who had stated to have had a difficult youth.

The complaint of irritability was the most common for both sexes: 34.9% with women and 27.7% with men. Men and women frequently recorded the loss of more than half of their teeth, a complaint which I only noted if the participant did not mention at the same time having a partial or complete denture.

Women had furthermore in over 25% physical complaints of: tired feet, headache, stress-incontinence and vaginal discharge, and mental complaints of: exhaustion, worrying, uncertainty, depression of spirits and morning fatigue. Men recorded, except the two already mentioned, all other complaints in less than 20%.

33.7% of the men and 38.7% of the women expressed the wish to have a physical examination. This percentage was higher for panel-clients – men as well as women – than for those who were private. 19.1% of the participants did not answer this question. Those of them who were examined all declared that they had reserved the decision to me.

Of all participants 44.9% answered this question in the negative.

### *B. The preventive medical examination*

Of all participants 135 men (47.4%) and 197 women (63.1%) were physically examined. The examined men had together 70% of all complaints mentioned by the participating men and the examined women 80% of all women's complaints.

Except 3 men all persons accepted the invitation for a physical examination.

In average 2.8 aberrations were found by each man and 3.4 by each woman. This difference was mainly caused by the following aberrations which occurred more often with women: emotional disturbances, aberrations of weight, aberrations of the urogenital system and values of blood-sedimentation rate of 15 mm in one hour.

The most frequently stated aberrations were those of weight (24.4% of men and 48.2% of women) and emotional disturbances (28.1% of men and 42.1% of women). Beside this 31.5% of the women showed an increased blood-sedimentation rate. This last aberration (in so far as it deserves this name) was relatively often stated for women of the highest class of age.

Of all aberrations 73.7% with men and 67.8% with women were unknown to me. With both sexes nearly half of all aberrations were treated. For 25% of all participants a more specialized examination or an examination c.q. treatment by a specialist was necessary. With 9.6% of the men and 6.1% of the women an earlier therapy had to be resumed. To nearly half of the examined of both sexes a – not primarily therapeutic – advice was given. A discussion about their emotional disturbance took place with women in 20.3% and with men in 5.9%.

With seven persons (all women) the physical examination has been important from the view-point of an early diagnosis. My personal impression, immediately after the examination, that delay of half a year would have led to irreversible loss of health of the participants, was my criterion for this.

With 62 examined persons (18.7%) the physical examination led to a clearer and better relationship. On the other side 2 women and their families changed doctor in consequence of the examination. Shortly after his physical examination in which no serious affections were found one man died of a tumor cerebri. On the basis of a later investigation, a year after the completion of my first investigation it could be established that probably no serious affections have been overlooked.

On the strength of the acquired experience it seems possible to perform yearly 100 general preventive examinations in a large, well organized practice, if one has not many 'fringe-activities'.

Regarding the most frequent aberrations it is improbable that the profitable effect of a general examination by the physician of persons between 40 and 55 is greater by the older than by the younger ones. Some arguments may give the impression that still younger grown-ups and their

children will benefit even more from these examinations if psycho-social aspects are brought into aspect.

With the help of a written anamnese it was possible in my practice to almost double the number of persons who could be approached. The factor of multiplying depends on the quality and the quantity of the preceding medical contacts and the accuracy of the medical administration.

A disadvantage of an intensive preventive medical administration by the practitioner is the tendency to limit the curative meetings to an acceptable minimum. Therefore it is advisable to interchange periods of preventive examination with periods in which the general practitioner is exclusively engaged with his – primary – curative task.

By spreading out the physical examination over a year an increase of work in the curative section is hardly felt. The physical examination being partly focused on existing complaints a number of future curative contacts may have been anticipated. With women the 'medical consumption' in any case has not increased.

#### *C. The value of the written anamnese as a guide for preventive medical examination by the general practitioner*

The aberrations found upon physical examination were for 60% of both sexes suggested by 'pointed' complaints on the questionnaire. Among the three age-classes there was no difference shown in the frequency of pointing complaints.

Particularly the emotional disturbances were pointed out in a high percentage of the frequently stated aberrations.

17.8% of the unknown aberrations discovered among men and 15.4% of these among women would not have been found – unless by chance – if the physical examination had been exclusively focused on the complaint mentioned in the anamnese-form.

Of the persons who were not physically examined on the strength of the data in the form one man died of stomach-cancer within a year. It is not impossible that indications of this illness could have been found if he had been examined. It was emotionally difficult for me to assimilate this fact.

Among the other persons who were not examined no serious aberrations which perhaps could have been found through a physical examination, have come to light during one to two years since the questionnaire was filled in.

#### *D. The influence of the applied investigation on the tasks of the physician*

In considering the influence of preventive medical examination on the tasks of the physician it became clear that such examinations can bring

about an obvious improvement in carrying out the several tasks of a physician, as these are drawn up by the Dutch College of General Practitioners.

The written anamnesis provides him with a more complete picture of the medical past of his patient and it gives, being unpointed, a broader basis for this therapeutic treatment than an oral anamnesis ever can. This prevails with psycho-social factors.

It will in any case be necessary for the general practitioner to narrow down his quantitative commission in order to fulfil better his qualitative commission.



232	Hebt U veel hinder van kraken in de nek?	ja	nee
233	Hebt U de laatste tijd zoveel last van haaruitval, dat het voor anderen duidelijk zichtbaar is?	ja	nee
234	Zweet U 's nachts veel?	ja	nee
235	Voelt U zich de laatste tijd vaak ziek of koortsig (warm, rillerig, sterk zweten)?	ja	nee
236	Bent U het laatste jaar meer dan 10 pond aangekomen, terwijl U toch zeer matig met eten en drinken was?	ja	nee
237	Bent U de laatste tijd duidelijk afgevallen, zonder dat U daar speciaal dieet voor hield?	ja	nee
238	Hebt U al langer dan een maand een slechte eetlust?	ja	nee
239	Is de eetlust voor Uw doen de laatste tijd abnormaal groot geworden?	ja	nee
240	Hebt U de laatste tijd een overmatige dorst?	ja	nee
241	Klaagt U de laatste tijd over een, voor U onbekende, lusteloosheid of spoedige vermoeidheid?	ja	nee
242	Gebruikt U vaak medicijnen op eigen initiatief? Zo ja, welke: .....	ja	nee
243	Krijgt U wel eens een wringende pijn op de borst als U zich inspannt (trappen lopen, tegen de wind in fietsen) of als U in de kou komt?	ja	nee
244	Zo ja, straalt deze pijn dan uit naar armen, keel of de kaken?	ja	nee
245	Hebt U pijn op de borst die alleen bij opwinding optreedt? Of treedt de pijn op in rust (bijv. in bed)?	ja	nee
246	Hebt U hinder van herhaaldelijk optredende hartkloppingen, hartbonzen of onregelmatige hartslag?	ja	nee
247	Bent U bij enige inspanning duidelijk sneller buiten adem dan de meesten van Uw leeftijd?	ja	nee
248	Hebt U vaak dikke enkels of voeten, waarin de afdruk van kousen of schoenen blijft staan, of waarin U met de vingers een putje kunt drukken?	ja	nee
249	Moet U in bed wel eens overeind gaan zitten, omdat U zich liggend onprettig, onrustig of benauwd voelt, of omdat U het gevoel hebt, dat U niet genoeg lucht kunt krijgen?	ja	nee
250	Hebt U zelfs bij warm weer last van koude voeten of handen, of hebt U herhaaldelijk witte ('dode') vingers?	ja	nee
251	Krijgt U na een paar honderd meter lopen of eerder zoveel pijn in de kuit, dat U moet blijven staan om de pijn te laten zakken?	ja	nee
252	Wordt U in Uw werk gehinderd door spataderen of telkens terugkerende zweren aan de benen?	ja	nee
253	Moet U al langer dan een maand dikwijls hoesten?	ja	nee
254	Geeft U vaak en veel slijm op?	ja	nee
255	Geeft U wel eens bloederig slijm op?	ja	nee
256	Hebt U het laatste jaar wel eens aanvallen gehad van benauwdheid met piepen of zagen op de borst?	ja	nee
257	Hebt U een snijdende pijn op de borst of in de rug bij diep doorzuchten of hoesten?	ja	nee
258	Gunt U zich als regel te weinig tijd om rustig te eten? Hebt U de laatste tijd meer dan eens last van:	ja	nee
259	maagpijn      ja      nee             261      opboeren	ja	nee

260	maagzuur	ja	nee		262	opgezetste maag	ja	nee
	Hebt U het laatste jaar meer dan eens, of zelfs regelmatig last van de volgende verschijnselen:							
263	Misselijkheid of braken?						ja	nee
264	Zeurende buikpijn?						ja	nee
265	Rommelen of borrelen in de buik?						ja	nee
266	Opgezetste buik?						ja	nee
267	Hardnekkige verstopping?						ja	nee
268	Meermalen per dag dunne ontlasting (diarree)?						ja	nee
269	Perioden van verstopping afgewisseld door diarree?						ja	nee
270	Pijnlijke afgang (stoelgang)?						ja	nee
271	Pijnlijke of kramperige, vergeefse, aandrang na de stoelgang?						ja	nee
272	Hebt U wel eens, zonder gebruik van geneesmiddelen, pikzwarte (teerachtige) ontlasting, of ziet U dikwijls bloed aan de ontlasting?						ja	nee
273	Krijgt U buikpijn na een vetrijke maaltijd?						ja	nee
274	Veroorzaken herhaaldelijke huiduitslag of jeuk U ernstige hinder?						ja	nee
275	Hebt U regelmatig last van steenpuisten?						ja	nee
276	Hebt U de laatste tijd abnormale knobbels, gezwellen, groeiende verkleuringen of andere afwijkingen aan de huid waargenomen?						ja	nee
277	Hebt U een zwelling bij de liezen, bij de uitwendige geslachtsorganen of bij de navel?						ja	nee
278	Zo ja, wordt deze groter bij niezen of persen, of moet U er dan Uw hand tegenaan drukken?						ja	nee
279	Hebt U dagelijks last van vermoeide of pijnlijke voeten?						ja	nee
280	Heeft Uw omgeving last van Uw transpirerende (zweet) voeten?						ja	nee
281	Zijn Uw gewrichten wel eens pijnlijk gezwollen?						ja	nee
282	Bent U de laatste tijd sterk verkromd en in elkaar gezakt?						ja	nee
	Hebt U de laatste tijd voortdurend pijn in één of beide:							
283	vingers	ja	nee		289	heupen	ja	nee
284	polsen	ja	nee		290	knieën	ja	nee
285	ellebogen	ja	nee		291	enkels	ja	nee
286	schouders	ja	nee		292	voeten	ja	nee
287	onderarmen	ja	nee		293	bovenbenen	ja	nee
288	bovenarmen	ja	nee		294	onderbenen	ja	nee
295	Hebt U het laatste jaar meer dan eens aanvallen van rugpijn gehad, zo, dat U niet kon werken of slapen?						ja	nee
296	Hebt U wel eens pijscheuten in de rug, die doorstralen in de benen?						ja	nee
297	Hebt U last van herhaaldelijk beven of trillen?						ja	nee
298	Bent U de laatste tijd opvallend veel trager van reactie geworden?						ja	nee
299	Laat Uw geheugen U dikwijls in de steek?						ja	nee
300	Hebt U herhaaldelijk duizelingen (dolheid), evenwichtsstoornissen of ernstige moeite in het donker rechtuit te lopen?						ja	nee
301	Bent U bij vlagen of voortdurend erg suf of slaperig overdag?						ja	nee
302	Lijdt U aan een telkens terugkerende hoofdpijn of een onophoudelijk dof gevoel in het hoofd, waardoor U moeite met Uw werk hebt?						ja	nee

- 303 Hebt U dikwijls aanvallen van heftige (schele) hoofdpijn, die  
samengaat met misselijkheid of braken? ja nee  
Hebt U het laatste jaar wel eens tijden van voorbijgaande  
*krachteloosheid* gehad in één of beide
- 304 armen? ja nee  
305 benen? ja nee
- Hebt U herhaaldelijk een doof, prikkelend of pijnlijk gevoel in  
één of beide
- 306 armen? ja nee  
307 benen? ja nee
- 308 Hebt U vaak tijden, dat U zich de hele dag doodmoe voelt, ook  
al doet U geen zwaar werk? ja nee
- 309 Bent U bij het opstaan meestal al moe? ja nee
- 310 Lijdt U voortdurend aan slapeloosheid? ja nee
- 311 Gebruikt U per dag meestal meer dan tweemaal een borrel, een  
glas bier of een soortgelijke drank? ja nee
- 312 Drinkt U meer dan 6 koppen koffie per dag? ja nee
- 313 Raakt U in de war als U de dingen snel moet doen? ja nee
- 314 Stoort het U, als men U op de vingers kijkt? ja nee
- 315 Vindt U het onaangenaam om alleen te zijn? ja nee
- 316 Valt het U moeilijk besluiten te nemen? ja nee
- 317 Bent U in bed opnieuw bezig met de nare of bijzondere zaken  
van de afgelopen dag? ja nee
- 318 Voelt U zich vaak eenzaam of onbegrepen? ja nee
- 319 Huilt U vaak? ja nee
- 320 Piekert U veel? ja nee
- 321 Maakt U zich vaak zorgen over Uw gezondheid en de toekomst? ja nee
- 322 Doet U Uw werk meestal zonder plezier? ja nee
- 323 Hebt U het gevoel, dat Uw werk onvoldoende gewaardeerd  
wordt en kunt U dat moeilijk verwerken? ja nee
- 324 Wordt U vaak geplaagd door angstige dromen? ja nee
- 325 Bent U gauw prikkelbaar? ja nee
- 326 Werkt of leeft U onder een voortdurende spanning? ja nee
- 327 Hebt U moeite met Uw werk en hindert U dat? ja nee
- 328 Bent U voortdurend ontevreden over U zelf, (bijv. over Uw  
aandeel in Uw huwelijk, of in de opvoeding van de kinderen)? ja nee
- 330 Hebt U het laatste jaar pijn bij het wateren gehad? ja nee
- 331 Moet U 's nachts meer dan eens uit bed om te wateren? ja nee
- 332 Hebt U het laatste jaar wel eens bloed bij de urine gezien? ja nee
- 333 Zijn de geslachtsorganen weleens pijnlijk gezwollen of branderig? ja nee
- 334 Moet U de laatste tijd vaak en dan kleine beetjes tegelijk  
plassen? ja nee
- 335 Moet U lang wachten of flink kracht zetten voor de plas wil  
komen? ja nee
- 336 Verliest U urine bij geringe inspanning of niezen? ja nee
- 337 Hebt U nog andere niet genoemde klachten?  
Zo ja, wilt U deze op een apart vel er bij doen? ja nee
- 338 Wordt dit strookje als U het in de avondurine houdt, en daarna  
aan de lucht laat drogen, groen? ja nee



U bent er nu bijna door.

Zoals U gemerkt hebt, betekent een ja een klacht. Wilt U, voor U nu verder gaat, deze ja-antwoorden nog eens nalezen, en dan hieronder de nummers (vóór de vragen) opschrijven van die klachten, waarvoor U zich reeds onder behandeling hebt gesteld?

- 339 Dit zijn de nummers:
- 340 Vindt U het wenselijk, op grond van de door U opgegeven *nog niet behandelde klachten*, binnenkort nagekeken te worden? ja nee
- 341 Bent U op het ogenblik onder behandeling of controle van de huisarts of een specialist? ja nee
- 342 Is het langer dan een jaar geleden dat U onder behandeling of controle was? ja nee
- 343 Bent U het laatste jaar nog doorgelicht? ja nee
- 344 Ondervindt U bij moeilijkheden steun van Uw godsdienstige overtuiging? ja nee
- 345 Rookt U dagelijks sigaretten? ja nee
- 346 Zo ja, wilt U er graag af vanwege de gevaren voor Uw gezondheid? Of als voorbeeld voor Uw kinderen? ja nee
- 347 Bent U zonder twijfel te dik? ja nee
- 348 Zo ja, deed U reeds (vergeefse) pogingen er af te komen? ja nee
- Gebruikt U volgens U zelf of Uw huisgenoten te weinig:
- |           |    |     |  |             |    |     |
|-----------|----|-----|--|-------------|----|-----|
| 349 vlees | ja | nee |  | 351 groente | ja | nee |
| 350 melk  | ja | nee |  | 352 fruit   | ja | nee |
- 353 Hoeveel kwartier hebt U, zonder het urine-onderzoek over deze vragenlijst gedaan? ...kwartier

Wilt U er wel aan denken, dat een verzoek tot nader onderzoek niet betekent, dat er iets ernstigs aan de hand is?

Laat U zich vooral ook niet verleiden, om, nu U dit formulier ingevuld hebt, bij een nieuwe klacht in de toekomst later naar de arts te gaan dan U anders gedaan zou hebben!

Het is mogelijk dat er nog een of twee losse bladen zijn. Wilt U die ook invullen?

## BIJLAGE I, DEEL 2

Bent U in het bezit van:				En draagt U deze ook steeds?			
170	Volledig kunstgebit	ja	nee	180		ja	nee
171	Gedeeltelijk k. gebit.	ja	nee	181		ja	nee
172	Bril om te lezen	ja	nee	182		ja	nee
173	Bril voor afstand	ja	nee	183		ja	nee
174	Gehoorapparaat	ja	nee	184		ja	nee
175	Medisch corset	ja	nee	185		ja	nee
176	Breukband	ja	nee	186		ja	nee
177	Steunzolen	ja	nee	187		ja	nee
178	Elastieken kousen	ja	nee	188		ja	nee

Wilt U nu een kringetje zetten om elk getal, dat bij een ziekte hoort, die U vroeger gekregen hebt of nog hebt?

100	diphterie	124	zenuwen op de maag
101	rode hond	125	blindedarm ontsteking
102	roodvonk	126	aandoening van de dikke darm
103	kinderverlamming	127	lintworm
104	bof	128	galstenen of kolieken
105	kinkhoest	129	nierstenen of kolieken
106	geelzucht	130	dysenterie
107	bedwateren na 8 <sup>e</sup> jaar	131	malaria
108	bloedarmoede	132	leverziekte
109	stuipen na 3 <sup>e</sup> jaar	133	nierontsteking
110	zenuwziekte	134	blaasontsteking
111	overspanning	135	looporen
112	hernia in de rug	136	hooikoorts
113	ischias	137	eczeem
114	jeugdrheumatiek	138	open been
115	gewrichtsrheumatiek	139	andere huidziekte
116	asthma	140	suikerziekte
117	bronchitis	141	liesbreuk
118	longontsteking	142	thrombose
119	pleuritis	143	hersenschudding
120	tuberculose	144	ernstig ongeval
121	hartziekte		En welke nog meer
122	hoge bloeddruk	145	.....
123	maagzweer		.....

Wilt U opschrijven, liefst in tijdsvolgorde en zo mogelijk met het jaar, welke operaties U ondergaan hebt?

in 19.. voor .....

in 19.. voor .....

in 19.. voor .....

in 19.. voor .....



## BIJLAGE I, DEEL 3

## ALLEEN BESTEMD VOOR VROUWEN

354	Bent U regelmatig éénmaal in de 4 weken ongesteld?	ja	nee
355	Bent U in verwachting?	ja	nee
356	Is de ongesteldheid naar Uw mening volkomen onregelmatig?	ja	nee
357	abnormaal pijnlijk?	ja	nee
358	abnormaal hevig?	ja	nee
359	Verliest U buiten de ongesteldheid (of: ook nu U niet meer ongesteld bent) wel eens bloed?	ja	nee
	Hebt U voortdurend en hinderlijk veel last van:		
360	afscheiding (witte vloed)?	ja	nee
361	jeuk van onder?	ja	nee
362	verlies van urine bij geringe inspanning of niezen?	ja	nee
363	Hebt U de laatste tijd pijn of een zwaar gevoel in een der borsten?	ja	nee
364	Voelt U een harde plek in een der borsten?	ja	nee
365	Komt er afscheiding of bloed uit een der tepels?	ja	nee
366	Is een der tepels meer ingetrokken dan voorheen?	ja	nee
146	Hebben er zich tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed wel eens moeilijkheden voorgedaan?	ja	nee
147	Hebt U wel eens een miskraam gehad?	ja	nee
	Zo ja, wanneer en met hoeveel maanden?		
	in 19.. ..		
	in 19.. ..		
	in 19.. ..		
148	Is Uw huwelijk tot nu toe kinderloos gebleven?	ja	nee
149	Bent U wel eens geopereerd aan een borstontsteking?	ja	nee
179	Draagt U een steunring tegen een verzakking?	ja	nee
157	Bent U wel eens door een vrouwenarts geholpen?	ja	nee
	Zo ja, wanneer en waarvoor?		
	in 19.. voor.....		
	in 19.. voor.....		
	in 19.. voor.....		

## BIJLAGE II

## Introductiebrief

J. J. Bergsma, arts  
Telef. 2032.

De Steeg, datum postmerk.

De heer :  
mevr. :  
mej. :

Gaarne doe ik een beroep op Uw medewerking voor het volgende.

Ik ben bezig een onderzoek in te stellen naar de gezondheidstoestand van alle mensen in mijn praktijk van 40 tot 55 jaar, door middel van een vragenformulier. De bedoeling is in de eerste plaats te ontdekken of U misschien klachten hebt, die door tijdige behandeling gemakkelijker te verhelpen zijn dan wanneer U er later mee komt. In de tweede plaats, om, wanneer U in de toekomst klachten zou krijgen, direct een inzicht te krijgen in wat er sinds dit onderzoek veranderd is.

Daar er nogal wat werk aan dit onderzoek verbonden is, is het in groepen ingedeeld en wel naar het geboortjaar. U valt in de leeftijdsgroep, die nu aan de beurt is. Mijn vraag is nu of U bijgaand formulier, aan de hand van de instructies, wilt invullen en binnen 3 dagen in de bijgesloten antwoordenveloppe aan mij wilt terugsturen.

Verder vindt U op een der bladzijden een geel strookje papier. Als U 1½ uur na een warme maaltijd of een broodmaaltijd met 2 kopjes thee of koffie met ruim suiker een plas doet in een schoon vaatwerk, dan kunt U dit strookje, na het afgeknipt te hebben, voor de helft even in de plas dopen en zien of het binnen een minuut een groene kleur aanneemt of niet. Het betreft hier een onderzoek op suikerziekte.

Wanneer ik meen, dat uit Uw gegevens blijkt, dat U nader onderzocht moet worden, neem ik contact met U op. Er zijn voor U aan dit onderzoek geen kosten verbonden. Natuurlijk is Uw medewerking aan dit onderzoek vrijwillig, maar ik reken en vertrouw geheel op U, omdat U er zowel Uw eigen als een wetenschappelijk belang mee kunt dienen.

Wanneer U echter onverhoopt mocht besluiten niet mee te doen, wilt U dan toch zo vriendelijk zijn mij het formulier, samen met de onderstaande strook, terug te sturen? Ook die opinie is van belang.

Hoogachtend,  
J. J. Bergsma.

Ondergetekende, ..... adres .....  
heeft besloten niet aan Uw onderzoek mee te doen, omdat:.....  
.....  
.....

Handtekening.

## BIJLAGE III

## Uitnodiging voor lichamelijk onderzoek

J. J. Bergsma,  
arts,  
Rozenbos 6,  
De Steeg (G)

De Steeg, datum postmerk.

Tel. 2032

de heer:  
Aan mevr. :  
mej. :

Na bestudering van het door U ingestuurde vragenformulier, lijkt het mij wenselijk U voor een nader onderzoek uit te nodigen.

Zoals ook al op het formulier vermeld stond, betekent dit niet dat er iets ernstigs aan de hand is. Wel dat er iets op het formulier staat, waarvan ik graag zou onderzoeken wat dat precies is, of waarvan ik meen, dat er een mogelijkheid bestaat voor verbetering of verlichting.

Daartoe verzoek ik U, om op

.....dag, .....,

bij mij te komen.

Wanneer dit tijdstip voor U onmogelijk is (of, voor vrouwen, wanneer het juist in een periode van ongesteldheid valt), zou ik U willen vragen mij zo spoedig mogelijk, behalve op zondag, tussen één uur en half twee 's middags op te bellen voor een andere afspraak.

Wanneer U daar geen bezwaar tegen hebt, zal ik u dan meteen verder nazien.

Tevens verzoek ik U om een schoon (vooral niet vettig) flesje met urine en wat ontlasting mee te brengen.

Inmiddels ben ik U reeds zeer erkentelijk voor Uw medewerking aan dit onderzoek.

Hoogachtend,

J. J. Bergsma.

P.S.,

Het zou prettig zijn als U 10 minuten voor de afgesproken tijd aanwezig kon zijn.

## VERMELDE LITERATUURBRONNEN

- ABRAMSON, J. H., L. TERESPOLSKY & J. G. BROOK. The Cornell Medical Index as a health measure in epidemiological studies. — *Brit. J. prev. soc. Med.* 19(1965), p. 103-110.
- BALINT, M. The doctor, his patient and the illness. London, 1957.
- BALINT, M. & E. BALINT. Psychotherapeutic techniques in medicine. London, 1961.
- BARÈS, Sur l'utilité d'un examen périodique des individus sains ou paraissant tels. — *C.R. 6me Congr. franç. Méd. Toulouse, paris, 1902*, p. 130.
- BEEK, A. De uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartsen praktijk. (In voorbereiding).
- BEKIUS, H. J. Ervaringen met het kennismakingsonderzoek. — *Medisch Contact* 18 (1963), p. 655-656.
- BOLT, R. J., O. T. MALLERY JR, & C. TUPPER. An appraisal of periodic health examinations. — *A.M.A. Arch. indust. Health* 12(1955), p. 420-426.
- BOLT, R. J., O. T. MALLERY JR., & C. TUPPER. An appraisal of laboratory procedures in periodic health examinations. — *A.M.A. Arch. indust. Health* 13(1956), p. 253-258.
- BLIJHAM, H. Psychosomatische factoren in het steriele huwelijk. Diss. Groningen, 1960.
- BREMER, G. J. Het verwijzen in de huisartsenpraktijk. Diss. Utrecht, 1964.
- BREMER, G. J. & E. VAN WESTREENEN. De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. — *Huisarts en Wetenschap* 7 (1964), p. 2-17.
- BREMKMAN, C. F. De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Diss. Utrecht, 1963.
- BRESLOW, L. Periodic health examination and multiple screening. — *Amer. J. pub. Health* 49 (1959), p. 1148-1156.
- BRODMAN, K. e.a. The Cornell Medical Index; an adjunct to medical interview. — *J.A.M.A.* 140 (1949), p. 530-534.
- BRODMAN, K. e.a. The C.M.I. health questionnaire as a diagnostic instrument. — *J.A.M.A.* 145 (1951), p. 152-157.
- BRODMAN, K. e.a. The C.M.I. health questionnaire. The evaluation of emotional disturbances. — *J. clin. Psychol.* 8 (1952), p. 119-124.
- BRODMAN, K. e.a. The C.M.I. health questionnaire. The recognition of emotional disturbances in a general hospital. — *J. clin. Psychol.* 8 (1952), p. 289-293.
- BRODMAN, K. e.a. The relation of patient's complaints to age, sex, race and education. — *J. Gerontology*, 8 (1953) p. 339-342.
- BROUWER, W. Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk. Diss. Groningen, 1962.

- BROWN, A. C. & J. FRY. The C.M.I. health questionnaire in the identification of neurotic patients in general practice. — *J. psychosom. Res.* 6 (1962), p. 185–190.
- BUMA, J. T. *De huisarts en zijn patient*. Amsterdam, 1950.
- BUMA, J. T. *Sociaal-medische perspectieven*. Leiden, 1953.
- BURGER, G. C. E. Periodiek onderzoek in de bedrijfsgeneeskunde. — *T. soc. Geneesk.* 35 (1957), p. 562–567.
- CATE, R. S. TEN. Preventief (periodiek) geneeskundig onderzoek in een huisartspraktijk. — *Huisarts en Wetenschap* 8 (1965), p. 81–89.
- CATE, R. S. TEN. Enkele psychologische en andere aspecten van het periodiek geneeskundig onderzoek. — *Huisarts en Wetenschap* 8 (1965), p. 399–401.
- CULPAN, R. H., B. M. DAVIES & A. N. OPPENHEIM. Incidence of psychiatric illness among hospital out-patients: an application of the Cornell Medical Index. — *Brit. med. J.* (1960) I, p. 855–857.
- DEKKING, H. M. & L. B. W. JONGKEES. *Oogheelkunde en keel-, neus-, en oorheelkunde*. Amsterdam, 1965. Serie: Geneeskunde voor de algemene praktijk.
- DOOL, C. W. A. VAN DEN. Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. Diss. Leiden, 1960.
- DOBELL, H. *Lectures on the germs and vestiges of disease and the prevention of the invasional fatality of disease by periodical examination*. London, 1861.
- DODSON, J. M. The American Medical Association and periodic health examinations. — *Amer. J. pub. Health* 15 (1925), p. 599–601.
- DUKES, M. N. G. Zelfbehandeling. Publiek en geneesmiddel. *Omnia praescribendi gratia* 25 (1965). Uitgave van 'De onderlinge Pharmaceutische Groothandel'.
- ENTERLINE, P. E. Arbeidsverzuim door ziekte in een aantal westerse landen. — *Mens en Onderneming* 17 (1964), p. 162–172.
- FRANCO, S. C. The early detection of disease by periodic examination. — *Industr. Med. Surg.* 25 (1956), p. 251–257.
- FROE, A. DE. De geneeskunde van morgen. ~ *Medisch Contact* 19 (1964), p. 219–222.
- GERLINGS, P. G. Duizeligheid bij oudere mensen. — *Ned. T. v. Geneesk.* 109 (1965), p. 2021–2025.
- Glucose tolerance and glycosuria in a general population. Report of a Working Party appointed by the College of general Practitioners. — *Brit. med. J.* (1963) II, p. 655–658.
- GOLDWATER, S. S. *The next step in preventive medicine*. New York, 1914.
- GOOR, I. A. VAN. *Huisarts en preventieve gezondheidszorg*. Diss. Leiden, 1961.
- GROEN, J. De resultaten van het onderzoek van 480 Amsterdamse eerstejaars studenten, verricht onder auspiciën van de U.G.Z. in het cursusjaar 1941–1942. — *Medisch Contact* 3 (1948), p. 661–677 en 681–698.
- GROOT, J. DE. Economische gevolgen van het ziekteverzuim in de onderneming. ~ *Medisch Contact* 20 (1965), p. 875–877.
- HAAN, M. C. DE. De toekomst van de huisarts. — *Huisarts en Wetenschap* 8 (1965), p. 216–218.
- HEIDE, R. M. VAN DER. Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, 40–65 jaar oud. Diss. Amsterdam, 1959.
- HERINGA, G. C. Studentengezondheidszorg. — *Medisch Contact* 19 (1964), p. 883–887, p. 904–907 en 20 (1965), p. 12–17.
- HORNSTRA, R. De huisarts en de positieve gezondheidszorg. — *Medisch Contact* 6 (1951), p. 640–646.
- HORNSTRA, R. Rapport van de Commissie, ingesteld door de Kon. Ned. Mij. tot Bevordering der Geneeskunst, ter bestudering van het vraagstuk der toekomst.



- stige status van de geneeskundige verzorging der nieuw te vormen polders. — Medisch Contact 12 (1957), p. 245–254.
- HUNTLEY, R. R. The C.M.I. health questionnaire as a diagnostic aid. — N. Carolina med. J. 21 (1960), p. 50–52.
- HUTCHISON, G. B., S. SHAPIRO & P. M. DENSEN. Evaluation of a mailed health questionnaire. — Amer. J. pub. Health 52 (1962), p. 1894–1917.
- HUYGEN, F. J. H. N.H.G.-Quo Vadis? ~ Huisarts en Wetenschap 2 (1959), p. 187–191.
- JACOBS, D. Factoren die de duur van psychiatrische ziekten beïnvloeden. — T. soc. Geneesk. 43 (1965), p. 831–836.
- JANSEN-EMMER, E. M. Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Diss. Amsterdam, 1958.
- JORES, A. Vom kranken Menschen. Stuttgart, 1960.
- JOSTEN, J. G. J. E. Voorlichting en ontwikkeling van therapeutisch gedrag in het kader van de arts-patiënt relatie. — Huisarts en Wetenschap 8 (1965), p. 402–406.
- KOOYMAN, J. C. & E. VAN DER VOORT MAARSCHALK. Een vragenlijst voor polyclinische patiënten. — Ned. T. v. Geneesk. 97 (1953), p. 2326–2329.
- KUIPER, P. C. De preventieve taak van de huisarts ten aanzien van de neurosevorming. — Huisarts en Wetenschap 8 (1965), p. 65–69.
- LADEE, G. A. Preventie van psychische stoornissen in de algemene praktijk. N.H.G. Congres, 1965.
- LAHR, J. H. F. De huisarts en het periodiek onderzoek. — Medisch Contact 13 (1958), p. 100–104.
- LANGEN, C. D. DE. Het periodieke algemene onderzoek. — T. soc. Geneesk. 35 (1957), p. 556–558.
- MEININGER, J. V. Huisarts, wetenschap en geneeskunst. — Huisarts en Wetenschap 1 (1957/58), p. 259–262.
- MERTENS, A. Het belang der medische sociologie voor de beroepsuitoefening van de huisarts. — Medisch Contact 6 (1951), p. 697–712.
- MERTENS, A. e.a. Rapport van de Commissie periodiek geneeskundig onderzoek. — Medisch Contact 15 (1960), p. 39–49.
- MULDER, J. D. Bevolkingsonderzoek naar diabetes mellitus. Diss. Leiden, 1962.
- QUERIDO, A. Uitkomsten van het onderzoek te Amsterdam 1953–54. — T. Soc. Geneesk. 35 (1957), p. 558–562.
- QUERIDO, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Leiden, 1955.
- QUERIDO, A. Voordrachten over sociale geneeskunde. Leiden, 1958.
- ROBERTS, N. J. The values and limitations of periodic health examinations. — J. chron. Dis. 9 (1959), p. 95–116.
- ROGERS, C. R. Client-centered therapy. Boston, 1951.
- RUHE, H. A. M. Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Diss. Utrecht, 1957.
- RUHE, H. A. M. Boekbespreking van C. F. Brenkman: De huisarts en het gezin van zijn patiënt. — Medisch Contact 18 (1963), p. 620, 622.
- RÜMKE, H. C. De psychische stoornissen van de gezonde mens. ~ Ned. T. v. Geneesk. 109 (1965), p. 2009–2015.
- RYLE, A., M. HAMILTON & D. A. POND. Relation of C.M.I. responses to some social and psychological factors. — J. psychosom. Res. 6 (1962), p. 157–165.
- STEINHARDT, R. W. e.a. An appraisal of physical and mental health of the elderly; use of the Cornell Medical Index and supplementary health questionnaire. — J.A.M.A. 151 (1953), p. 378–382.

- STOLTE, J. B. 'Vroege' of 'tijdige' diagnose van borstkanker. — N.T.v.G. 1954, p. 1292-1296.
- TANZI, F. & W. ADAMS. Routine examination of apparently well persons and the recognition of disease. — *Med. Clin. N. Amer.* 44 (1960), p. 139-150.
- TUNTJER, J. H. De medische en hygiënische verzorging van de bevolking in de droogkomende Zuiderzeepolders. — *Het Gemeenbest* 13 (1953), p. 321-332.
- VELDHUYZEN VAN ZANTEN, R. C. Naar een integrale geneeskunde. — *Huisarts en Wetenschap* 2 (1959), p. 214-218.
- WAARD, F. DE. Een onderzoek over de menopauze. — *Huisarts en wetenschap* 8 (1965), p. 325-329.
- WASSINK, W. F. Periodiek geneeskundig onderzoek speciaal ten behoeve van de kankerbestrijding. — *T. soc. Geneesk.* 24 (1946), p. 226-230.
- WESTER, J. Periodiek geneeskundig onderzoek. Rapport door de Voorzitter van de Gezondheidsraad uitgebracht aan zijne Excellentie de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 15 juli 1960. — *Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid* 39 (1960), p. 1523-1548.
- WEIJEL, J. A. Medische psychologie. Utrecht, 1961.
- WEIJEL, J. A. De gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie. — *Huisarts en Wetenschap* 8 (1965), p. 313-318.
- WIELEN, Y. VAN DER. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Diss. Leiden, 1960.
- WILSON, J. M. G. Multiple screening. — *The Lancet* (1963) II, p. 51-54.
- Ziekenfondsraad. Jaarverslag, 1964.
- ZONNEVELD, R. J. VAN. The health of the aged. Assen, 1961. Publikatie van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. Nr. 8.

## STELLINGEN

### I

Een algemeen preventief geneeskundig onderzoek is zonder een psychosociaal anamnestic onderzoek niet volledig.

### II

Wil het instituut van de huisarts zijn betekenis behouden, dan zullen de nodige voorwaarden vervuld moeten worden voor een voldoende toevoer van nieuwe krachten.

(J. B. Stolte, inaugurele rede, 1965)

### III

Onderlinge observatie der praktijkvoering gedurende een gehele dag is een effectieve vorm van nascholing voor huisartsen.

(J. J. Bergsma e.a., Huisarts en Wetenschap, 1966, nr. 3)

### IV

Voor de verschillen in verzuimniveau door ziekte tussen vergelijkbare bedrijven is de wijze van leiding geven van betekenis.

(H. Philipsen, rede voor de algemene vergadering van de Bedrijfsvereniging voor de Steen-, Cement-, Glas- en Keramische Industrie, 1964)

### V

Sterk werkende geneesmiddelen, die in druppelvorm voorgeschreven worden, dienen met geijkte pipetten afgeleverd te worden.

(W. J. Bruins Slot, Ned. Tijdschr. v. Gen., 1966, nr. 3)

### VI

Na de diagnose: blijvend posttraumatisch geleidingsverlies van het gehoor, dient een exploratieve tympanotomie overwogen te worden.

(I. E. S. Does en T. Bottema, Archives of Otolaryngology, 1965, nr. 4)



## VII

Met behulp van eenvoudige geluidspoeven bij zuigelingen kunnen niet alleen (vroeg-)tijdig gehoorstoornissen maar ook afwijkingen in de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling gevonden worden.

(Van Laar en De Leth, Resultaten van het gehooronderzoek bij 3000 zuigelingen, 1965)

## VIII

Het ontbreken van een embryo in een intacte vruchtzak bij een abortus kan het gevolg zijn van een volledige zelfresorptie van het embryo.

(J. Dankmeyer, Diëtrede, Leiden, 1966)

## IX

De mogelijkheden van amnioscopie voor het vroegtijdig onderkennen van eventuele gevaren, waaraan het kind in de laatste zwangerschapsstadia blootstaat, verdienen nadere bestudering.

(E. Saling, Triangel, 1965, nr. 3)

## X

Ongecompliceerd galsteenlijden dient bij voorkeur chirurgisch behandeld te worden.

(P. J. Kuyjer, Huisarts en Wetenschap, 1966, nr. 1)

## XI

Voor een integrale gezondheidszorg in een algemeen ziekenhuis geeft een middelgroot ziekenhuis de beste waarborg.

## XII

Sociaal welbevinden is geen obligaaf onderdeel van individuele gezondheid.

Stellingen bij J. J. BERGSMAN  
*Preventief Geneeskundig Onderzoek in de Huisartsenpraktijk*





